22500027253

WELLCOME INSTITUTE
LIBRARY

Coll.	WelMOmec
Coll. No.	

Anales del Círculo Médico Argentino

PUBLICACION MENSUAL, FUNDADA EN 1877

DIRECTOR – REDACTOR: **SAMUEL GACHE**

Presidente del Círculo Médico Argentino; Laureado en los concursos de 1879 y 1881; Miembro de la Société Française d'Hygiène de París; Oficial de Academia (Francia); Médico del Hospital Rawson.

ADMINISTRADOR: **Silvio Tatti**

Colaboradores para 1893

ARAOZ ALFARO G—Ex-Interno del Hospital de Clinicas, Vice-Presidente del Circulo Médico.
ARCA ENRIQUE E.—Miembro académico de la Facultad de medicina de Buenos Aires.
CASTRO ALEJANDRO—Profesor sustituto de Clinica Quirúrgica. Cirujano del Hospital de Niños.
CANTON ELISEO—Prof. de la Fac. de Medicina. Laureado en el Concurso del Círculo Médico en 1891
CABEZON JOSE MARIA—Cirujano de Ejército. Miembro de la Inspeccion de Sanidad Militar.
CABRED DOMINGO—Profesor sustituto de Patologia mental. Director del Manicomio de Buenos Aires.
CABALLERO J. M.—Médico del Hospital Rivadavia.
DECOUD DIÓGENES—Cirujano del Hospital Militar.
DOMINGUEZ DELANEY J. J.—Gefe de los trabajos prácticos de Histologia en la Facultad de Medicina.
FARINI JUAN A.—Interno del Hospital de Niños.
GUIRALDES A.—Del laboratorio de la Sociedad Rural Argentina.
GUTIERREZ AVELINO—Gefe de Clinica Quirúrgica del Hospital Rawson.
LOZANO E.—Ex-interno del Hospital de Mujeres.
MABIT S.—De la facultad de Paris. Médico del hospital francés.
MAGLIONI LUIS C.—Cirujano del Hospicio de las Mercedes.
MASI ALFONSO—Interno del Hospital Rawson.
MENDEZ JULIO—Profesor sustituto de Clinica Médica. Médico del Hospital San Roque.
POSADAS ALEJANDRO—Interno del Hospital de Clinicas.
PACHECO ROMAN—Médico del Consultorio de enfermedades nerviosas del Hospital Rawson.
PEREZ FERNANDO—De la Facultad de Paris. Médico del Hospital de Niños.
PEÑA PEDRO—Interno del Hospital Rivadavia.
REPETTO NICOLÁS D.—Interno del Hospital San Roque.
RAMAUGE A.—Profesor de medicina operatoria en la facultad de Buenos Aires.
SEÑORANS JUAN B.—Profesor de medicina experimental en la facultad de Buenos Aires.
SICARDI FRANCISCO A.—Profesor sustituto de Clinica Médica.
WERNICKE ROBERTO—Profesor de Patologia general. Miembro del Departamento Nacional de Higiene.
ZAVALETA M. A.—Interno del Hospital Rawson.

TOMO XVI

DIRECCION: CALLE GENERAL VIAMONT, Nº 541

BUENOS AIRES
Imp. litog. y encuad. «Mariano Moreno», Corrientes 829
1893

-215-9-

COMISION DIRECTIVA DEL CÍRCULO MÉDICO ARGENTINO

Presidente	Dr. SAMUEL GACHE.
Vice-Presidente	» GREGORIO ARAOZ ALFARO.
Secretarios de actas	Sr. AMADOR L. LUCERO. » DOMINGO CREMONA. » JOSÉ M. CULLEN.
Secretario de correspondencias	Dr. ALEJANDRO E. AMORETTI.
Tesorero	Sr. ZENON AGUILAR.
Pro-Tesorero	» SILVIO TATTI.
Director del Museo	Dr. DIOGENES DECOUD.
Director de la Biblioteca	» JULIO MENDEZ. » ROMAN PACHECO.
Vocales	Sr. MANUEL A. ZAVALETA. » ALFREDO V. KELLER. Dr. LUIS GUEMES. » JUAN ALBA CARRERAS. » D. SAN GERMES. Sr. S. DE BUSTAMANTE. » RICARDO LYNCH. » EMILIO F. ONRUBIA.

313543

N° 5?

Año XVI—1893 BUENOS AIRES Tomo XVI—Nº 1

Anales del Círculo Médico Argentino

ENERO DE 1893

16 AÑOS

Los Anales del Círculo Médico Argentino cumplen hoy 16 años de existencia; y al celebrar este aniversario, nuestra revista formula votos sinceros por el adelanto de la medicina nacional.

Concurso Sud-Americano de Medicina

El año 1893 se inicia para el Círculo Médico Argentino con un suceso plausible, que cimentará su fama como asociacion científica y que promoverá benéficos estímulos entre los miembros de la gran familia médica de esta parte del continente.

El Concurso Sud-Americano de Medicina á que hemos convocado á los hombres de ciencia que habitan la América del Sud, será en sus resultados, ante el mundo, una revelacion.

Fácil es suponer que con los trabajos que á él se presenten se podrá verificar el estado del progreso médico, y construir así la verdadera patología americana, desconocida aún.

Los premios acordados hasta hoy, son estos: medallas de oro, por los gobiernos de la República Argentina, Brasil, Oriental del Uruguay, Perú; Intendencia Municipal de Buenos Aires, y provincias de Buenos Aires, Córdoba, Entre Rios y Tucuman; sin contar los que la sociedad ha establecido en las bases del concurso.

He aquí el reglamento:

El Círculo Médico Argentino, *Resuelve:*

Artículo 1º—Celebrar un concurso sud-americano de medicina de acuerdo con las siguientes bases:

a) Los temas del concurso serán libres, y podrán presentarse trabajos de personas que residan en cualquier país de Sud-América, entendiéndose que son trabajos de concurso: memorias inéditas sobre medicina, piezas anatómicas, preparaciones histológicas, anátomo-patológicas, plásticas, instrumentos, aparatos, etc., que no hayan sido entregados al público antes de la fecha del concurso.

b) Los trabajos serán dirigidos al Presidente del Círculo Médico Argentino; entregados en Secretaría antes del 10 de Enero de 1893, sin que por ningun dato ni referencia pueda deducirse los nombres de sus autores; y deberán ser redactados en español, portugués ó francés.

c) Cada trabajo vendrá embalado y en su rótulo tendrá el nombre de la seccion del concurso á que por su naturaleza corresponda. En sobre cerrado y lacrado constará el nombre y domicilio del autor. Este sobre tendrá la misma leyenda que el trabajo á que se refiere, y será conservado por la C. D. para ser abierto despues de pronunciado el jury, siempre que correspondiera á algun trabajo premiado.

d) Cada aparato, pieza anatómica, preparacion histológica, anátomo-patológica, plástica, instrumento, será acompañado de una memoria descriptiva.

e) Todo trabajo premiado es propiedad de la asociacion, (1) y si el autor lo solicita se le permitirá tomar cópia de él.

Queda establecido que el Círculo Médico Argentino no costea publicacion de memorias ni confeccion de instrumentos premiados.

f) Los trabajos no premiados serán devueltos á sus autores.

Ciencias auxiliares de la medicina. Premios: medalla de oro; medalla de plata; medalla de cobre; diploma.

Art. 5º. Si los trabajos de algunas secciones no merecieran los premios asignados, éstos podrán ser adjudicados por el jury á trabajos de otras secciones, y si en algunas de éstas no bastaran los premios que se establecen por ser muchos los trabajos que á ellas se hubieran presentado, el jury podrá aumentar su número y lo hará constar así en su veredicto.

Art. 6º. El premio acordado por el Gobierno de la Repú-

---

(1) No se refiere á la propiedad literaria sinó al ejemplar presentado al concurso.

blica Argentina será adjudicado al trabajo que á juicio del jury sobresalga de una manera notable entre todos los presentados al concurso.

Art. 7º. El veredicto será presentado á la Comision Directiva del C. M. A. el 20 de Febrero de 1893, firmado por todos los miembros del jury, y especificando por cada seccion del concurso cuáles son los trabajos premiados y la categoría de los premios acordados.

Art. 8º. La C. D. en presencia de este veredicto procederá á abrir los sobres que correspondan á los trabajos premiados; comunicará su resultado á los gobiernos que hubieran acordado premios y fijará dia para su distribucion en acto público.

Art. 9º. Solicítese de los gobiernos expresados la concesion de los premios referidos; y si no fueran ellos obtenidos, serán acordados por la asociacion.

Art. 10º. Todas las medallas irán acompañadas de diplomas con las firmas de los miembros y secretarios del jury, presidente y secretarios de la sociedad.

Estas medallas llevarán las siguientes inscripciones: En el anverso: «Círculo Médico Argentino—4º Centenario de la América»—Y en el reverso: «Concurso Sud-Americano de medicina, 1892». Tendrán como peso efectivo media onza.

Art. 11º. Solicítese de la prensa de la República la insercion de este reglamento; circúlese á todos los médicos, hombres de ciencia y estudiantes de medicina de Buenos Aires y provincias; solicítese igualmente de la prensa de las naciones aludidas la publicacion del presente, y hágase circular

Art. 2º. El jury se compondrá de nueve personas de reconocida competencia en las ciencias médicas, y será nombrado por la asamblea de entre una lista de veinte y cinco propuestas por la C. D., y en él actuarán como secretarios dos miembros de la sociedad nombrados por la asamblea.

Art. 3º. De la misma lista de 25 personas la asamblea nombrará seis sustitutos.

Art. 4º. Para facilitar la distribucion y estudio de los trabajos del concurso se establecen las siguientes divisiones, á cada una de las cuales corresponden los premios que se expresan.

Anatomía patológica, histología, piezas histológicas, sifilografía, dermatología. *Premio del Gobierno de la República Oriental del Uruguay*. Medalla de plata; medalla de cobre; diploma.

Patología interna, clínica médica, enfermedades de niños. *Premio del Gobierno de la República de Chile.* Medalla de plata; medalla de cobre; diploma.

Ginecología y Obstetricia. *Premio del Gobierno de los Estados Unidos del Brasil.* Medalla de plata; medalla de cobre; diploma.

Patología externa, clínica quirúrgica, medicina operatoria, instrumentos, aparatos. *Premio del Gobierno de la Repúca del Perú.* Medalla de plata; medalla de cobre; diploma.

Medicina legal, Toxicología, Terapéutica y química aplicada á la medicina. *Premio del señor Gobernador de la Provincia de Buenos Aires.* Medalla de plata; medalla de cobre; diploma.

Higiene, Demografía, Epidemiología, Geografía médica. *Premio del señor Intendente Municipal de Buenos Aires.* Medalla de plata; medalla de cobre; diploma.

Enfermedades nerviosas y mentales. Historia de la medicina. Premios: Medalla de oro; medalla de plata; medalla de cobre; diploma.

Anatomía, fisiología, preparaciones anatómicas. Premios: medalla de oro; medalla de plata; medalla de cobre; diploma.

Oftalmología, laringología, rinología, otología, odontología. Premio: medalla de oro; idem de plata; idem de cobre; diploma. en dichos países por intermedio de las Universidades, corporaciones médicas y los corresponsales que la Asociacion tiene en ellos.

Buenos Aires, Julio 24 de 1891.

SAMUEL GACHE.
Amador L. Lucero
José B. Pita
Secretarios.

Sobre el valor diagnóstico de la distribucion del sistema piloso en los enfermos atacados de tuberculosis local.

Por **Enrique Tornú**

Ex-Interno del Hospital Francés—Miembro corresponsal del CÍRCULO MÉDICO ARGENTINO y de la *Société Anatomique* de París.

Hace dos años, cuando tenia el honor de formar parte del servicio de clínica quirúrjica de mi eminente maestro el pro-

fesor Demons, tuve la ocasion de observar un interesante caso de tuberculosis del fémur en un jóven de 18 años, y un hecho llamó especialmente mi atencion: al descubrir al enfermo noté que los miembros inferiores estaban profusamente cubiertos por un vello espeso y largo que hacia un marcado contraste con la completa desnudez del tronco y de los miembros superiores, donde por mas que busqué no me fué posible encontrar un solo pelo, exceptuando naturalmente las regiones axilar y genital.

Consigné este hecho en mi cartera de apuntes y lo dejé dormir tranquilamente hasta el mes de Julio del corriente año, en que, para ocupar mis vacaciones, volví á tomar servicio en las mismas salas del Dr. Demons, á cargo en esos momentos de mi distinguido é ilustrado maestro el profesor agregado Villar. Durante los tres meses que pasé en este servicio tuve ocasion de observar seis casos de afecciones tuberculosas externas, y acordándome del hecho que habia notado dos años antes, examiné prolijamente los seis enfermos y tuve la suerte de comprobar en cinco de ellos, un desarrollo exagerado del sistema piloso de los miembros inferiores, contrastando con la completa desnudez del tronco y de los miembros superiores.

A estos seis casos debo agregar dos mas, uno observado en el servicio de clínica quirújica del profesor Lanelongue y otro en una señorita de la clientela particular del Dr. Villar.

He aquí, pues, ocho casos de tuberculosis local en los cuales he netamente verificado un desarrollo exagerado del sistema piloso de los miembros inferiores, constrastando con la desnudez completa del tronco y casi completa de los miembros superiores; digo casi completa al hablar de los miembros superiores porque en cinco de nuestros enfermos, se podia apercibir, haciendo un exámen muy minucioso, un ligero vello (apenas perceptible) en la cara ántero-externa de los antebrazos (Véase obs. III, IV, V, VI y VII.)

El cuadro que vá á continuacion resume las observaciones que acompañan este trabajo:

Nº.	Nombre	Edad	Profesion	Afeccion	Diagnóstico del señor Profesor	Antecedentes hereditarios	Antecedentes individuales		Estado de los pulmones	Desarrollo exagerado del sistema piloso de los miembros inferiores; denudez del tronco y de los miembros superiores.	OBSERVACIONES
							Enfermedades anteriores	Escrofulosos			
I	*Eugenio P.*	17 años	Barbero	Osteitis tub. del sacro y goma id. de la region poplitea	Demons	Madre sana; no conoce el padre.	—	—	Normal	sí	—
II	*Paul X.*	17 »	sin	Tuberculosis de la articulacion tibio-tarsiana.	Villar	—	Influenza á la edad de 15 años.	Adenitis del cuello en su infancia.	»	si	—
III	*Enrique C.*	16 »	Dorador	Fístula perineal.	»	Madr. muerta de tuber. pulmonar; un hermano de meningitis.	Neumonía (?) hacen 5 meses.	—	Sub-matites y expiracion prolong. en el vértice derecho.	si	Presenta algunos pelos en la cara ántero-externa de los antebrazos.
IV	*José N.*	29 »	Carpintero	Coxalgia supurada.	»	—	?	?	Normal	si	»
V	*Camilo G.*	19 »	Jornalero	Testículo tuberculoso	Lanelongue	Padre muerto de neumonía (?)	Diversas bronquitis.	—	»	si	»
VI	*Armando B.*	25 »	»	Apendicitis tuberculosa	Demons	—	—	—	»	si	»
VII	*María C.*	20 »	sin	Tuberculosis del coxis.	Villar	—	—	—	»	si	»
VIII	*Juan N.*	18 »	sin	Osteitis tubercul. del fémur.	»	?	?	?	?	sí	Este último caso no figura entre las observaciones que acompañan este trabajo por haberseme extraviado los datos.

Examinando este cuadro podemos preguntarnos si no existe alguna relacion entre el desarrollo exagerado del sistema piloso de los miembros inferiores y las calaveradas del bacilo de Koch, localizado en ciertas partes del organismo. Yo creo que sí y los ocho casos observados me autorizan á pensar así, á pesar de que los autores nada digan al respecto. A fin de asegurarme si me veía en presencia de un punto realmente nuevo, hice algunas investigaciones bibliográficas y tuve la satisfaccion de no encontrar en las diversas publicaciones consultadas, la más mínima mencion del hecho observado por mí. Creo, pues, ser el primero en señalar este hecho, que: *en ciertas tuberculosis locales existe casi constantemente* (ocho veces sobre nueve (1)) *un desarrollo exagerado del sistema piloso de los miembros inferiores y desnudez completa del tronco y casi completa de los miembros superiores.*

Sin duda alguna, se sabe que en general los tuberculosos presentan un desarrollo exagerado del sistema piloso de todo el organismo (cabello, barba, tronco, miembros, etc., etc.,) y todo el mundo conoce el adagio latino: «Vir pilosus seu fortis, seu libidinosus, seu tuberculosus.»

Pero en los casos de tuberculosis local ó externa que yo he observado, no se trata de un desarrollo general del sistema piloso, sinó de la localisacion y exageracion de los pelos en los miembros inferiores, quedando el tronco y los miembras superiores privados de este adorno.

***

Si bien este trabajo, que completaremos mas adelante con nuevas investigaciones, no nos permite erigir el hecho señalado en un signo de certeza absoluta, creemos, sin embargo, que la comprobacion del desarrollo exagerado del sistema piloso de los miembros inferiores, contrastando con la completa desnudez del tronco y casi completa de los miembros superiores, puede ser de gran utilidad para el diagnóstico de ciertas tuberculosis locales.

---

(1) El caso en el cual no observé este hecho era una adenitis tuberculosa de la ingle.

Tomemos un ejemplo: se sabe que no siempre es fácil determinar la naturaleza de tal ó cual orquitis; si el signo sobre el cual hemos llamado la atencion ofrece (como nos permitimos creerlo) un valor real, se podria llegar á diagnosticar mas fácilmente la naturaleza tuberculosa de una orquitis á caractéres poco marcados. Lo mismo pasará con el diagnóstico de otras afecciones tuberculosas locales.

Observacion I

Osteitis tuberculosa del sacro y goma idem de la region poplitea

Eugenio P., 17 años, peluquero, entró al hospital *St. André* el 19 de Mayo de 1892 y fué á ocupar la cama núm. 4 de la sala 18, servicio de clínica quirúrgica del profesor Demons.

Antecedentes hereditarios: Madre sana; no conoce al padre y no tiene hermanos.

Antecedentes individuales: No ha tenido enfermedades en su infancia y un interrogatorio prolijo no nos permite descubrir ningun antecedente de escrófula.

Historia de la enfermedad: En Noviembre de 1891 el enfermo notó en la region poplitea la presencia de un pequeño tumor, cuyo volúmen fué en aumento bastante rápidamente y llegó el dia en que la flexion de la pierna era imposible; este tumor era completamente indoloro.

Casi á la misma época, nuestro enfermo recibió (jugando con el hijo de su patron) un puntapié en la region del sacro y el dolor fué tan vivo, que por muchos dias no pudo sentarse ni estar de pié y se vió obligado á guardar una posicion decúbito lateral; en este punto se formó una tumefaccion de regulares dimensiones.

Estado del enfermo á su entrada al hospital: Al descubrir al enfermo para examinarlo notamos que sus miembros inferiores están cubiertos de un vello tupido y largo, vello que le forma una especie de calzoncillo natural; el tronco y los miembros superiores están desprovistos de pelos.

El tumor de la region poplítea tiene el diámetro de una moneda de plata de 20 centavos; está ulcerado y los bordes de la ulceracion rosados contrastan con su fondo amarillento; la piel

que lo limita es de una coloracion rojiza. Los ganglios de la region poplitea no están inflamados.

El otro tumor está situado á la altura del sacro, inmediatamente por encima de la interseccion de las nalgas, y se extiende simétricamente á cada lado de la línea media, dando así á la region una convexidad bastante pronunciada; el tumor es muy doloroso á la presion y no permite al enfermo estar en la posicion decúbito dorsal. Hay fluctuacion; la piel que cubre el tumor está roja, inflamada, y su temperatura es superior á la de las regiones vecinas.

El estado general del enfermo es bueno y un exámen completo de los pulmones no nos permite hallar nada de anormal.

Operacion: Ésta tuvo lugar el 5 de Junio de 1892; se hizo un raclage completo del tumor de la region poplitea; en la region del sacro se hizo una incision de tres centímetros, la que dió salida á medio litro de pus sanguinolento, que provenia de la cara anterior del sacro; raclage de la porcion del sacro puesta á descubierto, drenage y curacion antiséptica.

Movimiento febril de poca importancia; el 25 de Julio el enfermo salió del hospital completamente curado.

Observacion II

Tuberculosis de la articulacion tibio-tarsiana — Amputacion de la pierna

Raul X.... 17 años, sin profesion, entra al hospital *St. André* el 9 de Agosto de 1892 y ocupa la cama núm. 37 de la sala 18, servicio del profesor Demons, á cargo del profesor agregado Villar.

Antecedentes hereditarios: Nada digno de ser mencionado.

Antecedentes individuales: Ha gozado de muy buena salud hasta los 15 años en que tuvo influenza; ésta solo lo obligó á guardar cama unos doce dias, pero dos meses mas tarde, es decir, en Marzo de 1890 se vió molestado por una sciática que le duró poco más ó menos dos meses. Parece que cuando niño tuvo los ganglios del cuello infartados.

Historia de la enfermedad: En Junio de 1891 el enfermo dice

haber notado que la region de la articulacion tibio-tarsiana derecha se hinchaba; no experimentaba sin embargo ningun dolor y la marcha era posible á pesar de que algunas veces el pié «se doblaba por sí solo». La tumefaccion fué siempre en aumento, los movimientos del pié fueron haciéndose muy difícilmente y en Febrero de 1892 la marcha le fué absolutamente imposible á causa de los dolores provocados, y tuvo entonces que meterse en cama.

Hizo llamar á un facultativo, el que le recomendó el reposo y le mandó además colocar diversos vejigatorios sobre la region dolorosa. El proceso siguió á pesar de esto su marcha y bien pronto se presentó al enfermo un abceso en cada maleolo, los que se abrieron espontáneamente, dando salida á una cantidad «respetable» de pus y dejando como resultado dos fístulas inagotables.

En estas condiciones y no contando con muchos recursos, se decidió entrar al hospital *St. André*, lo que hizo el 9 de Agosto del corriente año.

Estado del enfermo á su entrada al hospital: Notamos en toda la region de la articulacion tibio-tarsiana derecha y en la cara superior del pié, una tumefaccion ó *empatement*, como dicen los franceses; los movimientos espontáneos del pié están abolidos y los provocados (muy dolorosos) son muy limitados. Los músculos de la pierna parecen atrofiados y se vé en su volúmen una diferencia bastante notable con respecto á los de la pierna izquierda.

Al nivel de cada maleolo hay dos fístulas de aspecto característico, por las que surgen unas gotas de pus. Explorando con un estilete, éste permite verificar la presencia de fungosidades, la denudacion y destruccion de ciertas partes óseas, etc.... en fin, todas las lesiones observadas en las tuberculosis óseas.

Visto el lamentable estado de la articulacion, el profesor Villar se decide á proceder á la amputacion de la pierna. La operacion tuvo lugar el 18 de Agosto empleando el procedimiento llamado *méthode bordelais* (1) obteniéndose un excelente resultado.

Estado actual (20 de Setiembre de 1892): El enfermo ha sido

(1) Este procedimiento de amputacion de la pierna tiene notables ventajas sobre el colgajo externo de Farabeuf. En una de nuestras próximas correspondencias lo describiremos en detalle.

N. del A.

dado de alta hoy. Su estado general, excelente; sus pulmones perfectamente sanos. No dejaré de mencionar tambien que este enfermo, como el de la observacion anterior, presenta un desarrollo exagerado del sistema piloso de los miembros inferiores, pero mas marcado en las piernas que en los muslos: el tronco y los miembros superiores no tienen pelos.

Observacion III

Fistula perineal—Incision y raclage

Enrique C., 16 años, dorador, entró al hospital *St. André* el 19 de Agosto de 1892, ocupando la cama núm. 17 de la sala de cirujía 18, á cargo del profesor agregado Villar.

Antecedentes hereditarios: Madre fallecida de tuberculosis pulmonar; un hermano muerto á la edad de cuatro años, de meningitis.

Antecedentes individuales: No se nota ningun antecedente escrofuloso. Ha gozado de buena salud hasta el mes de Marzo del corriente año en que estuvo con neumonía (?).

Historia de la enfermedad.—Convaleciente aún de su neumonía, el enfermo notó en la region perineal una tumefaccion que sin ser muy dolorosa, le era bastante molesta al caminar. Algunos dias más tarde vió formarse un abceso en el lugar de la tumefaccion, abceso que segun cuenta el paciente, se abrió espontáneamente dando salida á una gran cantidad de pus verdoso; una fístula se formó en este punto por donde salia continuamente pus «á pesar de los lavajes de agua fenicada que un médico le ordenó». Viendo que la fistula no se cerraba se resolvió á entrar al hospital.

Estado del enfermo á su entrada al hospital.—Examinado dos ó tres dias despues de su entrada, encontramos en la region perineal una fístula á bordes rosados que dá salida á un pus verdoso. La exploracion por medio de un estilete nos demostró un completo desprendimiento del *plancher perineal;* sin embargo, el canal de la uretra está intacto y la miccion se hace perfectamente. La introduccion del dedo en el recto es muy dolorosa; pero éste está sano, no tiene ninguna comunicacion con la fístula y la defecacion es normal. El doctor Vi-

llar diagnostica fístula perineal tuberculosa y se decide á intervenir. La operacion tiene lugar el 1°. de Diciembre, y consiste en la clásica incision, seguida de su correspondiente raclage.

Estado actual (Octubre 1°. de 1892).—La incision está casi completamente cerrada; no sale ya pus, y dentro de pocos dias el enfermo será dado de alta; esto en cuanto al estado local, pero su estado general deja algo que desear. El apetito se conserva bastante bueno, pero el enfermo ha enflaquecido un poco. No ha tenido hemoptisis, pero expectora y tose á menudo y tiene sudores nocturnos. Procedemos á examinar sus pulmones y comprobamos á la percusion un poco de sub-matitez en el vértice derecho y á la auscultacion la espiracion prolongada y algunos rales sospechosos.

Inspeccionando el cuerpo de nuestro enfermo vemos que sus miembros inferiores, desde los maleolos hasta la raíz del muslo, están cubiertos de un vello espeso y negro que contrasta con la desnudez del tronco y de los miembros superiores, excepto las regiones axilar y genital que son muy pobladas de pelos.

Observacion IV

Coxalgia supurada

José N., 20 años, carpintero, entró al hospital *St. André* el 6 de Julio de 1892, y ocupa actualmente la cama núm. 9 de la sala 18, servicio del profesor Demons, á cargo del profesor agregado Villar.

Antecedentes hereditarios.—Buenos (?).

Antecedentes individuales.—Dice no recordar si ha tenido anteriormente alguna enfermedad; misma contestacion cuando le interrogamos sobre sus antecedentes escrofulosos.

Historia de la enfermedad.—Hace poco más ó menos tres años el enfermo cayó de una altura de cuatro metros, y al caer sintió un dolor muy fuerte en la ingle y dos ó tres dias despues notó en ese mismo punto «une petite glande». El dolor fué contínuo durante muchos dias y á veces era tan fuerte, que le era imposible conciliar el sueño. Desde entonces comenzó á cojear un poco, pero la intensidad del dolor fué disminuyendo

poco á poco y solo se manifestaba cuando se ponia en marcha despues de un reposo prolongado. No dió mucha importancia á esto y siguió trabajando como de costumbre, hasta que un dia, (seis meses despues del accidente) despues de una gran fatiga, la marcha se hizo casi imposible á causa de los fuertes dolores que provocaba. No pudo trabajar mas y entró al hospital *St. Antoine* de París para hallar un remedio á sus males.

A su entrada á dicho hospital, el dolor se manifestaba no solo al nivel de la ingle sino tambien en la region del gran trocánter y del isquion; le diagnosticaron *Coxalgia* y lo colocaron en una gotera de Bonnet, en la que permaneció cuatro meses. Viendo que la mejoria se hacia esperar pidió que le operaran y así se hizo; no sabe qué clase de operacion le hicieron, pero es fácil suponerla, pues se nota en la cara externa del muslo y poco más ó menos al nivel del gran trocánter, una cicatriz de ocho centímetros.

Despues de esta operacion el enfermo se encontró mejorado y pudo caminar ayudado con un par de muletas; pero á fines del año 1891 vió aparecer un absceso en la cara interna del muslo, cerca de su raiz; este absceso se abrió espontáneamente, dando nacimiento á una fístula que supuró durante seis meses.

En Febrero de 1892 se formó un nuevo absceso en la cara ántero-externa del muslo, cerca del pliegue de la ingle, absceso que se abrió tambien espontáneamente originando un trayecto fistuloso que supura todavia. En vista de esto resolvió recurrir nuevamente á la cirujía y entró en el hospital *St. André*, el 6 de julio del corriente año.

Estado actual.—El miembro inferior derecho está un poco en rotacion externa; hay anquilosis en la articulacion coxo-femoral, y los movimientos de flexion del muslo son seguidos por la pelvis. En la region ántero-externa del muslo y al nivel de la articulacion se ve una fístula característica de la que sale pus. El profesor Villar diagnostica *Coxalgia supurada* y se decide á intervenir; la operacion tiene lugar el 25 de Agosto; se hace una incision de seis centímetros que prolonga la cicatriz de la operacion anterior y procede á un raclage completo de las partes afectadas.

El estado general del enfermo es bastante satisfactorio; ha en-

flaquecido muy poco, suele toser y expectorar de cuando en cuando, pero ni la percusion ni la auscultacion permiten comprobar nada dudoso en sus pulmones.

Presenta como los anteriores un desarrollo exagerado del sistema piloso de los miembros inferíores, pero más marcado en las piernas que en los muslos; el tronco (excepto las regiones genital y axilar) no ofrece un solo pelo, pero en la cara ántero-externa de los antebrazos hay un poco de vello fino, apenas perceptible.

Observacion V.

Testículo tuberculoso

Camilo G., 19 años, jornalero, entra al hospital St. André el 7 de Noviembre de 1892 y ocupa la cama núm. 25 de la sala 17, servicio del profesor Lanelongue.

Antecedentes hereditarios: Madre sana; padre muerto de neumonía (1); no tiene hermanos.

Antecedentes individuales: Ha tenido diversas bronquitis; no tiene antecedentes escrofulosos.

Historia de la enfermedad: El enfermo no es un inventor de la *poudre sans fumeé* y no sabe explicar bien el orígen de su afeccion testicular. Cuenta que hace unos 15 dias al levantar una barrica sintió un fuerte dolor en la ingle derecha y que vió aparecer poco despues un pequeño tumor en ese mismo punto, tumor que desapareció dos ó tres dias despues «pasando al testículo izquierdo».

Estado actual: A la inspeccion se nota que las bolsas están rojas, calientes, pero no muy aumentadas de volúmen. A izquierda la palpacion permite ver que el testículo está aumentado de volúmen; pero fuera de la sensacion que le es peculiar, no es doloroso á la presion; en la parte inferior es fácil limitar el epidídimo que es grueso, *bosselé* y sumamente doloroso á la presion. No ha tenido ni sífilis, ni blenorragias.

El estado general del enfermo es excelente; tiene muy buen apetito y sus pulmones están perfectamente sanos.

---

(1) Esta neumonía es bien sospechosa, pues ha durado un año. (?)

El desarrollo del sistema piloso de los miembros inferiores no es muy marcado y presenta algunos pelos en la cara ántero-externa de los antebrazos; sin embargo, como en los casos ya señalados, no tiene pelos ni en el tronco ni en los brazos.

Observacion VI.

Apendicitis tuberculosa

Armando B., 25 años, jornalero, entró al hospital St. André el 24 de Octubre de 1892 y ocupa actualmente la cama núm. 15 de la sala 18, servicio del profesor Demons.

Antecedentes hereditarios: Buenos.

Antecedentes individuales: No ha tenido enfermedades anteriores, ni accidentes escrofulosos.

Historia de la enfermedad: Hace unos diez y ocho meses nuestro enfermo dice haber tenido á intervalos de un mes crisis de vómitos y cólicos; estas crisis se hicieron mas frecuentes y se repetian cada 10 ó 15 dias. No dió gran importancin á estos hechos creyendo que fueran los *vers* (?), pero en Julio del corriente año comenzó á tener diarrea y á experimentar un fuerte dolor en la fosa ilíaca derecha, dolor que se manifestaba sobre todo cuando marchaba ó hacia algun brusco movimiento, pero que tambien se hacia sentir (con menos intensidad) dos ó tres horas despues de comer. Dice tambien que algunos dias despues vió aparecer *une grosseur* al nivel del ciego, pero que desapareció en seguida. Por todas estas cosas se resolvió á consultar á un médico el que le ordenó unas píldoras que su estómago rechazó. Sin medicamento alguno la diarrea cesó al cabo de un mes, pero el dolor al nivel de la fosa ilíaca derecha persistió. En estas circunstancias entró al hospital *St. André* el 19 de Octubre y fué á ocupar una cama en el servicio de medicina del Dr. Mandillon; allí permaneció cinco dias, siendo tratada la region dolorosa por cataplasmas y ungüento napolitano; en este servicio solo estuvo cinco dias y fué pasado á las salas de cirujia del profesor Demons, el 24 de Octubre.

El profesor Demons lo examinó bajo la accion del cloroformo y despues de un prolijo exámen diagnosticó *apendicitis tuberculosa* y lo sometió al régimen lácteo.

Estado actual (12 de Noviembre): Desde que guarda reposo y que está sometido al régimen lácteo el enfermo no tiene ningun dolor espontáneo.

A la inspeccion del abdómen no se nota nada de particular sino es un ligero *ballonement*. La sonoridad del abdómen es normal-pero la palpacion y la percusion son muy dolorosas en un punto situado en el medio de una línea dirigida de la espina ilíaca anterior y superior al ombligo. Por esta razon el exámen de la fosa ilíaca es muy difícil y no puede ser completo sino cloroformando al enfermo, como lo hizo el profesor Demons.

No tiene ya diarrea y no ha tenido ningun movimiento fébril. Su estado general es bueno, y un prolijo exámen de sus pulmones no permite encontrar nada de anormal. Sus miembros inferiores y sobre todo las piernas están cubiertos de un vello largo y tupido; su tronco no presenta un solo pelo, como tampoco sus miembros superiores, exceptuando la cara ántero-externa de los antebrazos, que tiene un poco de vello apenas visible y que no merece tomarse en cuenta.

Observacion VII

Tuberculosis de la region sacro-coxigea

Maria C., 20 años, sin profesion, es vista por el Dr. Villar el 10 de de Noviembre de 1892.

Sin antecedentes hereditarios dignos de tenerse en cuenta, ha gozado siempre de una salud perfecta hasta el año 1888, en que comenzó á sentir un pequeño dolor en la region sacro-coxigea; dice no haber recibido ningun traumatismo en ese punto y lo atribuye á la presion de la silla, pues monta mucho á caballo. No dió durante algun tiempo gran importancia á este dolor, que disminuyó algo con la aplicacion de algunos revulsivos. Al año siguiente el dolor aumentó de intensidad y vió formarse un absceso que fué abierto. Tardó éste mucho en cicatrizar, pero al cabo de tres meses estaba completamente obliterado. Volvió á montar á caballo y sufrió de nuevo bastante; se formó un nuevo absceso que se abrió espontáneamente dando nacimiento á una fístula que supuró durante largo tiempo, pero que por fin cerró.

Se creía completamente curada (si bien resentia siempre un poco de incomodidad en la region sacro-coxigea), cuando hace unos cinco meses, la pequeña incomodidad se trasformó en dolor y un nuevo absceso apareció en el mismo punto que los anteriores. Decidida á concluir con esta série de abscesos que se repetian ya muy seguido, se resolvio á consultar al Dr. Villar á quien pidió «una operacion radical».

El Dr. Villar después de diagnosticar «Tuberculosis de la region sacro-coxigea» se decidió por una intervencion inmediata. La operacion tuvo lugar el 12 del corriente y consistió en la incision y raclage de las partes afectadas.

La enferma presenta un desarrollo exagerado del sistema piloso de los miembros inferiores, muy marcado sobre todo en las piernas: los muslos presentan pelos, pero no son estos muy numerosos.

El tronco está completamente desprovisto de sistema piloso; los antebrazos ofrecen un vello bastante visible. Pulmones sanos.

Burdeos, Noviembre 20 de 1892.

Nota: Esta comunicacion resumida ha sido presentada por su autor á la *Société d'Anatomie et Physiologie* de Burdeos, en apoyo de su candidatura como miembro titular de dicha sociedad.

Un nuevo signo para el diagnóstico de algunas afecciones craneo-encefálicas

Por Alfonso Masi
Interno del Hospital Rawson

De gran utilidad para el clínico son las vibraciones de la caja torácica; su aumento, disminucion y abolicion responden á alteraciones intratorácicas que muchas veces solo por ese signo se revelan al médico.

Las vibraciones de la columna aérea en la palabra articulada se comunican no solo á la caja torácica: tambien se comunican á la base del cráneo y, por su intermedio, á la bóveda.

Aplíquese la mano sobre la bóveda del cráneo, pronúnciese

el para nosotros clásico *treinta y tres* ó *cuarenta*, y una vibracion amplia, tan clara como la vibracion torácica, impresiona nuestra mano.

¿Pueden ciertas afecciones del cráneo y del encéfalo modificar las vibraciones craneanas así, como ciertas afecciones del pulmon y de la pleura modifican la vibracion torácica?

En caso afirmativo, el diagnóstico de algunas afecciones craneanas y del encéfalo tendria á su disposicion un nuevo é importante signo: *la vibracion craneana.*

Estudiando el fenómeno teóricamente y en el terreno de la física, encuentro que muchas enfermedades son capaces de modificar esa vibracion.

Hasta el presente este signo no ha sido aplicado por nadie: yo por lo menos no tengo noticias al respecto y en conversacion con algunos profesores, se me ha manifestado que ellos tampoco han leído ni oído nunca nada al respecto.

Un niño de doce años con una fractura de la base del cráneo, con ramificaciones á ambas regiones témporo-parietales, se presentó en este año á la clínica de cirujia del Hospital Rawson.

Examinándole la bóveda notaba al tacto dos líneas sinuosas que producian la sensacion de un surco sobre el hueso como de dos milímetros de ancho. Eran las propagaciones de la fractura de la base que salian de abajo de ambos músculos temporales y se perdian insensiblemente hácia la sutura sagital.

Los signos de la fractura de la base eran indiscutibles: salida de sangre por nariz y oídos, salida durante muchos dias de líquido-céfalo-raquideo por la nariz (patognomónico.)

Sobre la línea que salia del temporal izquierdo habia una ligera depresion de dos centímetros.

Mientras hacia ese exámen el niño habló (estaba despejado, los síntomas de conmocion habian desaparecido, estábamos á ocho dias del accidente) y me impresionó una vibracion clara y sonora que mi mano percibió.

Inmediatamente se me ocurrió que esa vibracion no debia ser tan neta en los puntos fracturados. Hice seguir hablando al niño, y grande fué mi sorpresa al notar que toda la bóveda vibraba, menos el punto deprimido de dos centímetros que he

mencionado; allí la pulpa del dedo no percibia vibracion alguna: habia completa abolicion.

Temiendo una ilusion de mi sentido del tacto y como se tratara de un espacio tan reducido, hice notar el fenómeno á mi amigo y condiscípulo Manuel A. Zavaleta; él, como yo, no percibia vibracion alguna en ese punto.

¿Hice mal en diagnosticar por ese hecho un pequeño hundimiento en ese sitio? Creo que de ninguna manera, no repugna al espíritu pensar que si allí ese pequeño territorio óseo no vibraba, era porque estaba separado del resto del hueso *vibrante.*

Este signo podrá aprovecharse no solamente en estos casos de fracturas: toda compresion que el hueso sufra será capaz de modificar sus vibraciones.

En efecto; comparo el hueso que vibra á una cuerda de piano. Mientras ésta vibra, poned en su contacto un objeto cualquiera: la vibracion se detiene. Poned en contacto del hueso que vibra una coleccion líquida (sangre, pus, etc.), ó un cuerpo sólido (tumores del cerebro, de la duramadre etc.), ó una masa semisólida (adherencias de la duramadre al cráneo y al encéfalo); por todas estas circunstancias las vibraciones del hueso deben modificarse *necesariamente.*

Y ahí tenemos que este nuevo signo nos prestará gran auxilio en el diagnóstico de abcesos del cerebro, tumores, adherencias de la duramadre al hueso y al cerebro, hematomas de la duramadre, etc. etc.

Faltan las observaciones; y para que haya mas investigadores me decido á publicar este esbozo de un trabajo detenido sobre el estudio de las *vibraciones del cráneo.*

¿Veremos con el tiempo al médico buscar las vibraciones craneanas en las afecciones craneo-encefálicas, como busca las vibraciones torácicas en las afecciones pleuro-pulmonares?

Buenos Aires, Diciembre de 1892.

De la vacunacion contra la infeccion pneumónica y de su curacion por el suero de los conejos vacunados

(Revista general)

Por el Dr. G. Araoz Alfaro

I

Fränkel habia notado ya, en 1886, que se podia inocular impunemente á los conejos grandes cantidades de culturas de pneumococcus, inyectando préviamente bajo la piel del animal sangre de otro fallecido por infeccion pneumocóccica. Conseguia el mismo objeto con la inyeccion prévia de culturas, á dósis insuficientes para ocasionar la muerte.

En comunicacion hecha el 24 de Diciembre de 1887 á la Société de Biologie y en un trabajo posterior publicado en los «Archives de Médécine» (1888), *Netter* (1) demostró que la inmunidad puede conferirse no solo por la inoculacion de culturas virulentas á pequeñas dósis, sino tambien por la inyeccion de cantidades más ó menos considerables de culturas poco activas. Obtenia idéntico efecto con la inoculacion bajo la piel de fragmentos desecados de bazos de animales muertos de infeccion pneumocóccica dos ó tres semanas antes, ó con la inyeccion de líquidos orgánicos de virulencia atenuada, por ejemplo, exudado de pleuresía pneumocóccica recogido largo tiempo despues del principio de la enfermedad ó saliva de pneumónicos durante la primera semana despues de la curacion.

En la misma época, *Biondi* (2) determinaba la inmunidad por la inyeccion de culturas atenuadas, de una edad de 20 dias.

Foa y Bordoni Uffreduzzi, (3) experimentando con un diplococcus encontrado en la meningitis cerebro-espinal, llegan á los mismos resultados que Fränkel.

---

(1) Netter. Du microbe de la pneumonie dans la salive (Soc. de Biologie, 24 Decbre. 87). Contagion de la pneumonie (Arch. gen. de Médecine. 1888).
(2) (3) Citados por Mosny.

Foa y *Carbone* (4) obtuvieron, por la accion del sulfato de amoniaco sobre las culturas filtradas, un precipitado que inyectado tres ó cuatro dias consecutivos, en pequeña dósis, confiere igualmente la inmunidad.

Emmerich y *Fowitzky* (5), *G.* y *F. Klemperer* (6) han publicado trabajos muy interesantes que tendré especialmente en vista junto con los de *Mosny* y *Arkharow*, que son los últimos aparecidos sobre la vacunacion y curacion de la infeccion pneumocóccica.

De todos los trabajos citados se deduce, como un hecho indiscutible, que es posible conferir la *inmunidad* vis-avis del pneumococcus virulento, por inyeccion de culturas activas (pequeñas dósis) ó atenuadas (grandes dósis), ó por inoculacion de sangre ó emulsion de órganos de animales muertos por infeccion del mismo agente.

Si los fracasos han sido numerosos, ello se explica porque no es indiferente para el resultado la técnica empleada ni mucho menos, las dósis inyectadas. En este sentido, los últimos trabajos mencionados constituyen un progreso real, porque han precisado con escrupulosidad todos esos detalles y los éxitos obtenidos.

G. y F. Klemperer afirman que es posible conferir la inmunidad con cualquier solucion nutritiva en la cual hayan vegetado pneumococos, aunque éstos sean excluidos. Pero la inmunidad es más rápida y más completa si la solucion nutritiva, conteniendo ó nó pneumococos, es expuesta á una temperatura de 40° (durante tres ó cuatro dias), ó de 65° (durante una ó dos horas). Si ella no ha sido calentada, la inmunidad se consigue tambien, pero exige grandes dósis que ocasionan fiebre intensa por espacio de varios dias.

Segun Mosny, igualmente, el mejor medio consiste en la inyeccion de culturas virulentas, pero calentadas durante tres

---

(4) Foa y Carbone. Comunicacion al Congreso de Berlin, 1890.
(5) Münch. med. Woch., 11 Agosto 91. Analiz in Révue de Hayem.
(6) Berliner Klinische Woch. núms. 34 y 35 (24 y 31 Agosto 91). Analiz in Révue de Hayem. Julio 92, pag. 80.

horas á 60°. La dósis á emplear es de 10 cmc;—cantidades menores no producen un efecto seguro.

Para practicar la vacunacion con los órganos de un animal muerto, se precede de la manera siguiente:

Se hace la autopsia lo mas pronto posible y se tritura los órganos con un peso doble de agua destilada y esterilizada. Se deja durante 24 horas en un lugar fresco ó en una heladera, al abrigo de la luz, siendo conveniente agregarle, como antisépticos ligeros, un poco de esencia de mostaza ó de ajo, ó cloroformo, ó aun algunos fragmentos de timol. Fíltrase despues en un trapo fino, exprimiendo el resíduo con una prensa de mano. Nueva filtracion por papel Chardin.

Como el pase por el filtro de Chamberland ó d'Arsonval tarda mucho tiempo (36 á 48 horas para 150 cc. de líquido), es necesario agregar algunos cristales de timol.

El jugo está entonces pronto para ser empleado y debe usarse lo más pronto posible. Quedará en el aparato filtrador, el cual deberá ser colocado á su vez en una heladera. La dósis es igualmente de 10 cmc; dósis menores solo son capaces de retardar la muerte cuando, algunos dias despues, se practica una inyeccion virulenta.

Los efectos inmediatos de la inyeccion preservatriz consisten únicamente en abatimiento, pérdida de apetito, diarrea, etc. A veces, como he dicho antes, se presenta fiebre. Todos estos fenómenos se disipan prontamente.

La inmunidad solo está definitivamente conferida tres ó cuatro dias despues de la inyeccion y no es seguro conseguirla sino con las dósis indicadas de sustancias preservatrices. Cuando se usa cantidades menores de líquidos preparados como hemos indicado, si bien en algunos casos se retarda la muerte, en otros parece que su potencia patógena se agregara á la de la inyeccion posterior para apresurar el fin del animal.

Cuando un animal ha sido vacunado, no queda por eso enteramente indiferente á las inoculaciones virulentas. Éstas producen fiebre elevada, abatimiento, diarrea, y estos fenómenos son tanto mas intensos cuanto mayor es la dósis y más activa la cultura empleada. No obstante, si el animal está bien vacunado, estos desórdenes pasan prontamente.

A cada una de las inoculaciones sucesivas, la reaccion es menos marcada y llega un momento en que el animal no experimenta malestar alguno con dósis considerables de culturas virulentas. Es recien entoncos que puede tenerse la seguridad completa de que él está inmune.

¿Cuánto tiempo dura la inmunidad procurada por estas inyecciones preservatrices? No puede decirse aún, dado el corto tiempo de que datan las experiencias prolijas, sino que ella se conserva hasta despues de tres meses.

Sin embargo, si nos atenemos á los hechos clínicos, creo que es posible inferir que esa inmunidad no será muy duradera; es bien sabido, en efecto, que la pneumonía es una afeccion que recidiva con frecuencia y que hay personas que la sufren casi anualmente durante un largo tiempo. Esto no quiere decir que pretenda concluir definitivamente de lo que pasa en el hombre á la inmunidad experimental en los animales; eso seria desconocer la diferencia grande que separa la simple pneumonia del primero de la infeccion general pneumocóccica en los últimos.

Las modifiaaciones del suero de los conejos vacunados han sido estudiadas por numerosos observadores que no han llegado todos, desgraciadamente, al mismo resultado.

Segun Metschnikoff (7) hay alguna diferencia entre el desarrollo del pneumococcus en el suero de los conejos vacunados y en el de los testigos; en el primer caso forma paquetes de streptococci muy largos. Para los Klemperer no hay diferencia alguna; trasportado el microbio del suero á caldo é inyectada la nueva cultura á los animales, éstos perecen.

Kruse y Pansini han visto disminuir rápidamente el número de pneumococci á medida que transcurre más largo tiempo desde la siembra en suero de animales vacunados; concluyen que este líquido mata al pneumococcus.

El pneumococcus se desarrollaria menos abundante en el suero de un animal vacunado, y perdería su virulencia, segun

---

(7) Annales de l'Institut Pasteur .Etudes sur l'immunité (4e mémoire) núm. 10.
(8) Zeitschrift für Hygiene, 1892. Citado por Arkharow.

las investigaciones de Roger (9) hechas en el laboratorio de Bouchard.

Como se ve, nada puede sacarse en conclusion de los trabajos precedentes. Por fortuna, los últimos de Mosny (10) y Arkharow (11) están bastante contestes entre sí, por lo menos en algunos puntos.

Inoculando bajo la piel de dos conejos, uno sano y otro vacunado, 1/2 ó 1 cc. de una emulsion de órganos triturados de un raton muerto por infeccion pneumocóccica, Mosny ha llegado á los resultados siguientes:

Los microbios no aparecen en la circulacion general sinó 5 ó 6 horas despues de la inoculacion, pero desde el momento mismo en que ésta es practicada, la temperatura se eleva constante y progresivamente. Esto pasa igualmente en los dos conejos.

En la sangre del conejo sano, el número de los pneumococci crece progresivamente hasta la muerte, y la temperatura se eleva hasta el momento de la agonia. El número de leucocitos queda invariable.

En la sangre del conejo vacunado, al contrario, el número de los pneumococci crece hasta la 8ª ó 10ª hora, pero al cabo de 24, no se encuentran ya en la sangre de las venas. La temperatura queda elevada el dia siguiente de la inoculación, y ya el subsiguiente baja á la normal. La leucocitosis observada ha sido lijera y Mosny no le da en la explicacion de la inmunidad la importancia que le conceden los discípulos de Metschnikoff (V. especialmente: V. Tchistovitch—Etude sur la pneum. fibrineuse—Annales de l'Institu Pasteur, tomo V, nº 7.)

De las culturas de pneumococcus hechas en suero de conejos vacunados y no vacunados, se pueden deducir las conclusiones siguientes:

Colocados á una temperatura constante de 35º, se nota en los tubos de suero de conejo sano, un enturbiamiento

---

(9) Citados por Arkharow y Bouchard (pág. 15) Véase nota 12.

(10) Recherch exp. sur la vaccination contre l'infection pneumonique et sur sa guérison. Archives de méd. exp. et d'anatomie pathologiqne, 1892, núm. 2.

(11) Rech. sur la guérison de l'infection pneumonique chez les lapins, etc. etc. 1892. núm. 4.

rápido y considerable del líquido, con formacion, 48 horas despues de la siembra, de un depósito espeso, granuloso, blanquizco, que ocupa casi la mitad del tubo.

En los tubos de suero de conejo vacunado, el desarrollo es mucho mas lento. Hácia el octavo dia recien se nota un enturbiamiento ligero; hasta ese momento la trasparencia del suero podria hacer creer que los pneumococos sembrados han sido destruidos. El enturbiamiento crece muy lentamente.

Los resultados obtenidos por Arkharow son idénticos á los que acabo de referir. El exámen microscópico muestra cadenillas muy largas de pneumococos, pero el aspecto de éstos varía considerablemente segun la edad de la cultura; es así que se observa puntos pequeños y muy bien coloreados,—cuerpos redondos mas débilmente coloreados, posteriormente, y por último detritus.

Respecto á la longevidad del pneumococcus en las culturas en suero de conejos sanos y vacunados, Mosny ha observado un hecho que se diria paradojal.

Hasta las 48 horas, nada hay de particular.—Las culturas, en uno como en otro, conservan su vegetabilidad y su virulencia. Pero al cabo de tres ó cuatro dias, la cultura en el suero de conejo sano ha perdido estas propiedades, mientras que la hecha en el de vacunado las conserva durante un tiempo mucho mas largo, de un mes, por lo menos, aunque la virulencia parezca sufrir una ligera atenuacion. La calefaccion prévia del suero á 55° durante una hora, no parece modificar en manera alguna el desarrollo del pneumococcus ni su virulencia.

La longevidad y la duracion de la virulencia en el suero de los conejos vacunados serian tanto mas notables cuanto mas avanzada es la generacion de la cultura que ha sido empleada para la siembra, es decir, cuanto mas virulenta puesto que es sabido que, en el pneumococcus, la virulencia está en razon inversa del número de sus generaciones en los medios artificiales de cultura.

La mezcla á partes iguales del suero de conejos vacunados y de conejo sano retarda el crecimiento del pneumococcus en ella sembrado, pero deja persistir su vitalidad y su virulencia mas

argo tiempo que el suero de conejo sano.

Desgraciadamente, las experiencias de Arkharow han conducido á este autor á un resultado enteramente contrario: la longevidad del pneumococcus es considerablemente mas corta en el suero de los vacunados que en el de los no vacunados.

Como se ve, no hay todavia elementos bastante precisos para pretender establecer debidamente el mecanismo de la inmunidad para el pneumococcus.

Es por eso que paso al segundo punto de esta revista.

II

La curacion de la infeccion pneumocóccica por medio de las inyecciones del jugo de los tejidos de animales refractarios (artificialmente), fué intentada por primera vez por Emmerich y Fowitzky. Estos autores, no solo la consiguieron con inyecciones hechas inmediatamente despues de la inoculacion virulenta, sino que llegaron á conservar animales cuyo tratamiento no comenzó sino cinco horas despues. Mas aún, curaron un conejo por inhalaciones de culturas virulentas. Estos autores establecen una diferencia entre el poder curativo del jugo de los animales, segun la manera como ellos han sido inmunizados. Si se ha practicado inyecciones subcutáneas de culturas debilitadas, el jugo de los tejidos tiene una virtud curativa mínima; esta es marcadísima y, por decir así «ideal», si se ha conferido la inmunidad por inyeccion intravenosa de culturas muy virulentas.

Casi en los mismos dias, aparecia en Berlin la memoria de G. y F. Klemperer que he tenido ya ocasion de citar al tratar de la vacunacion. Resumo las principales conclusiones de ese trabajo.

Los líquidos con los cuales se puede vacunar á los animales, no son capaces, absolutamente, de curar la infeccion pneumónica. La curacion es fácil de obtener, al contrario, valiéndose del suero de los animales vacunados, á ejemplo de Behring y Kitasato; la inyeccion intravenosa da resultado mas seguro que la via subcutánea.

Tratando las culturas segun el método de Brieger y Fränkel,

por precipitaciones repetidas por el alcohol y redisoluciones en el agua, estos autores han aislado un polvo amorfo blanco amarillento, que es un albuminoide simple ó complexo y que designan con el nombre de pneumotoxina. Esta sustancia es la que actúa en las culturas virulentas del pneumococcus, aunque este sea separado; calentado á 60° su virulencia se atenúa y confiere la inmunidad sin provocar fiebre. Ella es incapaz, sin embargo, de curar la infeccion pneumocóccica. La curacion es debida â otro albuminoide que se forma en el cuerpo á expensas de la pneumotoxina: la antipneumotoxina.

Estos investigadores no se han detenido allí. Habiéndose asegurado, por experiencia sobre sí mismos, que el suero de los conejos vacunados era perfectamente inócuo para el hombre, intentaron experiencias sobre 6 pneumónicos á los cuales inyectaron bajo la piel una cantidad que varió entre 4 y 6 cm.c. De 6 á 12 horas despues, se observó en todos ellos una caída considerable de la temperatura, acompañada del retardo del pulso y de la respiracion. A fin de controlar estas experiencias, inyectaron tambien suero á dos tifóideos, pero en estos, no se obtuvo efecto alguno.

Contrasta desagradablemente con lo que acabamos de citar, la parte de la memoria de Mosny que versa sobre la curacion de la infeccion pneumocóccica. Este autor que ha tomado, es cierto, todas las precauciones necesarias para asegurar bien la virulencia de cada una de las culturas que empleaba, no ha tenido éxito sino cuando ha usado de inoculaciones infectantes poco virulentas y, en este caso, el éxito no es sino aparente, desde que la simple inyeccion de suero de conejo sano basta para curar al animal así infectado. La prueba de que esta curacion no tiene importancia, es que el animal no resiste á inoculaciones posterioras aún poco virulentas.

Cuando la inoculacion ha sido hecha con un líquido virulento (emulsion de órganos triturados de ratones, por ejemplo), aún á pequeñas dósis (1/2 cc), las tentativas de curacion han fracasado siempre, sea que hayan sido hechas con suero, sea valiéndose del producto de filtracion de una maceracion de órganos de conejos vacunados.

Para Mosny no tiene importancia el momento en el cual se

practica la inyeccion que se pretende curativa. Si el conejo ha sido bien infectado, sucumbe aunque se haga la inyeccion de suero antes de que el pneumococcus se encuentre en su sangre (7 horas despues de la inoculacion). Mas aún, la muerte no es retardada por estas inyecciones.

Sin embargo, este autor no parece haber ensayado la curacion con inyecciones practicadas inmediatamente despues de la inoculacion virulenta.

Ahora bien, segun Arkharow, si se inyectaba á los conejos suero de otro vacunado, bajo la piel é inmediatamente despues del virus estos animales quedaban vivos mientras los testigos morian. Si la inyeccion subcutánea de suero curativo se hacia en lugar diferente del de la inoculacion virulenta, ella quedaba sin influencia. Igual insuceso se observa si la inyeccion es hecha al dia siguiente del de la introduccion del virus.

Pero si se inyecta en una vena el suero curativo, la curacion puede obtenerse aún muchas horas, hasta 14, despues de la inoculacion (10 á 15 antes de la muerte del testigo), aunque el animal tenga ya fiebre.

De entre los conejos tratados, algunos presentaban desde el dia siguiente una temperatura normal; en otros la cifra térmica se mantenia elevada durante algunos dias y bajaba en seguida. Unos cuantos en fin estaban enfermos aunque su temperatura fuera normal; enflaquecian, tenian diarrea, y aún algunos sucumbieron al cabo de un tiempo más ó menos largo despues de la inoculacion.

El suero de los conejos normales, así como el de los febricientes, no ha tenido accion alguna sobre la infeccion pneumocóccica.

¿Por qué mecanismo se efectúa la curacion por inyeccion de suero de conejo vacunado?

En un estudio de conjunto sobre las vacunaciones por la sangre, el profesor Bouchard (12) sostiene haber demostrado que las nyecciones de suero son curativas únicamente porque introducen

(12) Sur les prétendues vaccinations par le sang. Révue de Medecine. Enero de 1892.

en el organismo una materia bactericida; seria un nuevo modo de antisepsia general.

En el caso de la curacion de la infeccion pneumocóccica no parece que pueda admitirse sin reservas esa conclusion. En efecto, aunque él se apoye en las experiencias ya citadas de Roger, segun las cuales el suero de los conejos vacunados contra esta infeccion seria bactericida, los trabajos de Klemperer, Mosny y Arkharow demuestran lo contrario; á lo mas, aceptando las conclusiones de Arkharow, en contradiccion con las de Mosny, lo único que podria admitirse es que abrevia la longevidad del pneumococcus. Se recordará que segun Mosny, cuyas experiencias son un modelo de prolijidad, la vida y la virulencia del pneumococcus persisten al contrario, mas largo tiempo en el suero de los conejos vacunados que en el de los sanos.

Parece, pues, mas racional suponer que obre por una accion *toxinicida*, neutralizando el veneno pneumónico ú oponiéndose á su formacion.

De lo expuesto pienso que podemos deducir como hechos establecidos:

1.° Que la inmunidad contra la infeccion pneumocóccica puede procurarse:

a) Por inyeccion subcutánea ó intravenosa de culturas debilitadas ó de culturas virulentas atenuadas por el calor.

b) Por inyeccion subcutánea de una emulsion de órganos triturados de animales que han sucumbido á la misma infeccion.

c) Por introduccion en el organismo de la sustancia activa de las culturas del pneumococcus (pneumotoxina de Klemperer).

2.° Que es posible curar la infeccion pneumocóccica:

a) Practicando inmediatamente despues de la inoculacion virulenta, y en el mismo lugar que ésta, una inyeccion subcutánea de suero de conejo vacunado.

b) Haciendo con el mismo suero una inyeccion intravenosa, aún varias horas despues de la introduccion del virus.

Los casos de Klemperer parecen autorizar nuevas tentativas de tratamiento, por este método, de la pneumonia del hombre.

Buenos Aires, 31 Diciembre de 1892.

Jubileo científico de Pasteur (1)

El 27 de Diciembre último se celebró en París el jubileo científico de Pasteur, segun se lee en el siguiente telegrama publicado por *La Nacion:*

PARÍS, *mártes 27.*—Hoy se ha celebrado el jubileo científico de Pasteur, habiendo cumplido 50 años desde que salió de la universidad de Besançon. El Presidente de la República, M Carnot, seguido de todos los miembros del gabinete, cuerpo diplomático, literatos y hombres de ciencia, se dirigió á la Sorbona y despues de saludar al personal del colegio, condujo á Pasteur á su asiento, en medio de los aplausos generales.

El ministro de instruccion pública, señor Dupuy, hizo el elogio de Pasteur, bosquejando á grandes rasgos su vida y poniendo de relieve la importancia de sus estudios y descubrimientos.

Despues el Presidente le entregó una medalla. Pasteur estaba muy conmovido y solo pudo pronunciar algunas frases de agradecimiento.

La fiesta resultó imponente y conmovedora. Al salir el Presidente de la Sorbona se habian aglomerado cerca del edificio algunos miles de personas que daban vivas á Carnot y á Pasteur.

Este ha recibido numerosos telegramas de felicitacion de Francia y del extranjero con motivo de su jubileo.

(1) Pasteur nació el 27 de Diciembre de 1822 en Dôle (Jura.)

Sobre el uso del tapon intrauterino de gasa iodoformada en las hemorragias post-parto

Durante el período comprendido entre los años 1880 y 1888 ocurrieron en la Maternidad de Berna, seis casos de hemorragia *post-parto* que pudieron haberse salvado si se les hubiera aplicado el tapon intrauterino de gasa iodoformada, segun lo aconseja Dürhnen, de Berlin. De 1888 á la fecha, 49 casos han sido tratados en esta forma en la misma Institucion con solo una muerte, debido á septicemia en un caso de operacion cesárea.

La indicacion para el uso del tapon de iodoformo, es cuando la hemorragia se debe á *atonia* del útero en operaciones cesáreas, *molas vesiculares*, y expulsion de *fibroides submucosas*. En todos los casos en que se ha usado este tratamiento, la hemorragia ha cesado rápidamente.

En su aplicacion, debe tenerse especial cuidado de no hacer uso de una gran cantidad de *gasa* por temor de producir el envenenamiento por el iodoformo y de que el volúmen del tapon impida la permanente retraccion uterina. La *gasa* debe cortarse en el sentido longitudinal del tejido para evitar que se rompa al extraerla y quede una parte de ella en la cavidad.

Molas vesiculares

El autor de quien tomamos esta nota, tuvo ocasion de observar *molas vesiculares* en una enferma, en varios embarazos sucesivos, sin poder descubrir la causa de semejante anomalía. El marido habia tenido varios hijos sanos de su primer esposa. Se le raspó el interior de la matriz á la paciente con la cureta entre el tercero y cuarto embarazo y se encontró que la mucosa se hallaba en buen estado.

El diagnóstico de la *mola vesicular* no es difícil. Generalmente se halla en los flujos vaginales ó en el dedo con que examina parte del tumor. El crecimiento rápido del útero, acompañado de dolor constante que semeja á los del parto, es un síntoma valioso para el diagnóstico. La desproporcion entre el tamaño del vientre y el supuesto embarazo es otro dato que confirma el diagnóstico.

El autor aconseja que se vacíe la cavidad uterina tan pronto como se haga un diagnóstico satisfactorio. La cavidad debe limpiarse con la cureta hasta quitar todo vestigio de la mola. La aplicacion de la cureta es posible aún sin la dilatacion del cuello *del útero*, porque, siendo compresibles las vesículas, se extraen con facilidad. La abundante hemorragia que suele acompañar á esta operacion, exige la rapidez en su ejecucion.

Desprendimiento prematuro de la placenta

Se hallan descritos varios casos de este estado anómalo, en que se presentó el parto cerca de la terminacion del período normal del embarazo. Las pacientes se quejaban de debilidad y tendencia al síncope, dolores expulsivos y sensacion de peso y ocupacion del vientre.

Generalmente existe un flujo sanguíneo vaginal, no en coágulos, sino de carácter acuoso. Para discernir entre un caso de esta especie y uno de *placenta previa*, basta un exámen digital por la vagina. El pronóstico respecto á la viabilidad del niño es muy grave; en estos casos todos murieron. En lo que respecta á la madre es mas favorable: solo una murió de hemorragia interna. Las demás se restablecieron. En dos casos habian precedido accidentes traumáticos. En uno existia acortamiento del cordon umilical. En ningun caso se presentó la *albuminuria*. En dos casos el exámen microscópico de la *decidua* demostró cambios patológicos parecidos á los que se observan en la *endometritis decidual*.

Respecto al tratamiento, el autor considera la rápida eva-

cuacion del útero indispensable para el buen resultado de la curacion. Sin embargo, en algunos casos, es necesario aguardar á causa de la falta de dilatacion del cuello.

Jamás se ha practicado la operacion cesárea en estos casos, y esta operacion está contraindicada por el agotamiento de fuerzas de la madre. El taponamiento de la vagina no ha dado resultado.

Se aconseja en casos en que el canal uterino no se halla dilatado, ensancharlo con la mayor rapidez posible, y tan pronto como se pueda introducir el dedo, rasgar las membranas y extraer la criatura tan luego como el caso lo permita. La hemorragia que generalmente sigue debe pararse por medio del tapon de *gasa yodofórmica.*

Como la mayor parte de las criaturas mueren en esta clase de casos, parece lo mejor rasgar las membranas de una vez para asegurar el mayor grado de contraccion uterina inmediata, que es el único medio de parar la hemorragia.

Hay algun peligro en el entusiasmo por el uso del método de Dürhnen del uso de la gasa iodoformada, que á veces induce á rellenar demasiado la cavidad uterina: existe además otro método eficaz para conseguir el objeto, que es el de la compresion bimanual de Breisley.

Caso de extraccion de una barra de vidrio de seis pulgadas y media de largo, de la cavidad peritoneal de una mujer

por el Dr. W. Gill Wylie, de Nueva York

La paciente era una estenografista de 20 años de edad y soltera. Su salud habia sido buena, con excepcion de una ligera indisposición de los riñones que tuvo hace años.

Habia menstruado con regularidad y sin dolor hasta que salió embarazada el 18 de octubre de 1891. La mañana del 19 noviembre, se introdujo por la vajina una barra de vidrio con el objeto de producir el aborto:—la barra era de 6 1/2 pulgadas de largo por media de diámetro.

La extremidad de ésta dirigida hácia adentro era lisa y cónica y la otra irregular, como cuando se rompe el vidrio. La noche

anterior, la mujer se habia inyectado una solucion de ácido carbólico, en proporcion de 60 gotas por dos litros de agua: la posicion de la paciente cuando se introdujo la barra, fué sentada,—en esta posicion, empujando hácia atrás la pared posterior de la vajina con los dedos podia fácilmente tocar el cuello de la matriz: hecho lo cual introdujo la barra empujándola hácia arriba hasta que sintió que entraba la extremidad posterior; pero no pudo agarrarla.

Esta operacion fué acompañada de algun dolor y una pequeña pérdida de sangre; pero la paciente pudo continuar en sus quehaceres como de costumbre, sin sentir dolor al caminar; mas, al sentarse ó acostarse le causaba dolor en el lado derecho; al medio dia del siguiente volvió á sufrir de una pequeña pérdida de sangre.

El 1º de diciembre, fué examinada por un médico, que halló el útero movible y dijo que la mujer no tenia dentro ninguna barra de vidrio. Ella siguió atendiendo á sus deberes, con más ó menos dolor en el lado derecho de la matriz, hasta el 10 de enero, en que ocurrió el aborto. La hemorragia fué tan profusa que hubo que dejar un tapon en la vajina toda la noche, á fin de pararla; pero volvió á ocurrir en la mañana. La enferma permaneció una semana en cama y cuando se preparaba á levantarse para volver á su trabajo, notó un bulto en el lado derecho, doloroso á la presion, pero el dolor lo sentia ahora en el lado izquierdo. La primera vez que el Dr. Wylie vió el caso, fué el 21 de diciembre y para esta época existia un flujo hediondo que se trató con inyecciones antisépticas calientes por espacio de 6 dias hasta que desapareció este flujo treinta y cinco dias despues. La enferma fué puesta bajo la influencia de un anestésico y examinada por el Dr. Wylie quien halló el útero y apéndices parcialmente fijos y creyó sentir el cuerpo extraño en la region ilíaca izquierda.

Al abrir el peritoneo se halló una gran cantidad de serosidad sanguinolenta; y como al separar las adherencias ocurriese una profusa hemorragia y se hallase obstruido el calibre del hotupa de Falopio, tubo y ovario fueron extirpados; buscando la

barra, se halló ésta en la region lumbar izquierda. Habia sido probablemente introducida en una direccion posterior y ligeramente hácia la izquierda de la matriz, aunque no se pudo hallar cicatriz alguna en las paredes de la vajina que corroborara esta opinion. La enferma se restableció perfectamente de la operacion.

Biblioteca del Círculo Médico Argentino

OBRAS ENTRADAS EN EL MES DE DICIEMBRE DE 1892

Charcot, Bouchard y Brissaud, «Tratado de Medicina», traducido al castellano por D. Rafael Ulecia y Cardona y otros, tomo II, edicion de 1892; regalo del traductor.

Esta notabilísima obra formará seis voluminosos tomos de variadas dimensiones.

El tomo II (de 654 páginas) comprende: Tifus exantemático por L. H. Thoinot: tratado por J. M. Mariani. Fiebres eruptivas por Luis Guinon: tratado por R. Gomez Ferrer. Enfermedades venéreas y cutáneas por Georges Thibierge: tratado por Benito Hernando. Patología de la sangre por A. Gilbert: tratado por Y. Moliner. Intoxicaciones por H. Richardiere: tratado por Benito Hernando.

Aparece por cuadernos de grandes dimensiones, de 160 páginas, elegantemente impresa y con magníficos grabados.

Precio de cada cuaderno, tres pesetas adelantadas.

Se suscribe en la administracion de la «Revista de Medicina y Cirujía prácticas», Preciados, 33, bajo, Madrid; y en Buenos Ajres en las librerias de los Sres. Ramon Espasa y Cª, Cerrito 174 y D. Victor Carlé y Cª.

Hermann Joseph, «La sífilis no es ni constitucional ni hereditaria»; tratamiento por el método racional del autor; un volúmen de 154 páginas. Edicion de 1892. Traducido al castellano por el Dr. G. Reboles y Campos. Regalo de los editores señores Bailly-Bailliére é hijos, de Madrid.

Informe químico-médico-legal, producido en el caso de la señora Ana A. Lasserre de Libarós; Buenos Aires, 1892. Regalo del Dr. Jacobo Z. Berra.

Direccion General de Estadística Municipal

Defunciones ocurridas en la ciudad de Buenos Aires durante el mes de Diciembre de 1892

MORTALIDAD SEGUN SEXO Y ENFERMEDAD

ENFERMEDADES	SEXOS V.	M.	Total
A Afecciones generales			
1. INFECCIOSAS, CONTAGIOSAS Y MIASMÁTICAS			
Fiebre tifóidea	12	5	17
Viruela hemorrágica	1	—	1
Sarampion	9	10	19
Coqueluche	2	3	5
Difteria	16	17	33
Crup	6	7	13
Angina diftérica	3	—	3
Escorbuto	—	1	1
	49	43	92
2. SOLAMENTE VIRULENTAS			
Infeccion purulenta	1	—	1
	1	—	1
3. CONSTITUCIONALES Ó DIATÉSICAS			
Tisis pulmonar	36	19	55
» de la laringe	—	1	1
Tabes mesentérica	—	1	1
Escrofulosis	1	—	1
Sífilis infantil	3	4	7
» en adultos	2	—	2
Cáncer	3	3	6
» del estómago	8	2	10
» del hígado	1	1	2
» del píloro	3	—	3
» de la pelvis	—	1	1
» del intestino	—	1	1
» del esófago	5	1	6
» de la mama	—	2	2
» de la lengua	1	—	1
» del útero	—	3	3
» de la laringe	1	1	2
» del cuello	1	—	1
» gastro epático	1	—	1
» del maxilar	—	1	1
Reumatismo	—	1	1
Glicosuria	1	1	2
Diabetes sacarina	—	2	2
Raquitismo	1	2	3
Púpura	—	1	1
Paludismo	—	1	1
Leucocitemia	—	1	1
Tuberculosis	18	15	33
» meningea	2	6	8
» intestinal	1	1	2
» mesenterio	—	1	1
» peritoneo	1	—	1
	90	72	162

ENFERMEDADES	SEXOS V.	M.	Total
B Afecciones locales, agudas ó crónicas			
1. ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO			
Congestion cerebral	10	14	24
Apoplegia	3	3	6
Hemorragia	14	8	17
Anemia	1	—	1
Meningitis	42	44	86
Embolia	1	1	2
Meningo-encefalitis	2	—	2
Encefalitis	4	—	4
Derrame cerebral	4	1	5
Hidrocefalia	—	1	1
Reblandecimiento cerebral	1	1	2
Tumor cerebral	—	1	1
Tétano traumático	2	—	2
» infantil	12	5	17
Eclamsia infantil	2	4	6
Parális general progresiva	4	1	5
Alcoholismo	2	—	2
Edema del cerebro	1	—	1
Paqui meningitis cervical	1	—	1
Ataxia locomotriz	1	—	1
Otitis	1	—	1
	108	84	192
2. ENFERMEDADES DEL APARATO CIRCULATORIO			
Pericarditis	1	—	1
Endocarditis	1	—	1
Aneurisma	—	1	1
» de la aorta	7	1	8
Hemorragia	3	3	6
Angina de pecho	—	1	1
Vicio orgánico al corazon	40	12	52
Ateromasia arterial	1	1	2
Miocarditis	2	1	3
Flegmasia adolens	—	1	1
	55	21	76
3. ENFERMEDADES DEL APARATO RESPIRATORIO			
Laringitis	4	1	5
Bronquitis	20	15	35
	24	16	40

ENFERMEDADES	SEXOS V.	M.	Total
Bronco-neumonía	26	30	56
Neumonia	33	31	67
Pleuro-neumonía	1	2	3
Pleuresia	4	2	6
Congestion pulmonar	5	—	5
Gangrena	1	—	1
Edema de la glótis	—	1	1
» pulmonar	1	—	1
Enfisema pulmonàr	—	1	1
Apoplegia pulmonar	1	1	2
Hemorrágia pulmonar	2	—	2
Esclerosis	—	1	1
Abceso pulmonar	—	1	1
Hemoptisis	1	—	1
Falso crup	1	—	1
Broncorragia	—	1	1
	100	87	187
4. ENFERMEDADES DEL APARATO DIGESTIVO			
Atresia del ano	—	1	1
Dispepsia	1	—	1
Catarro intestinal	—	1	1
Diarrea	—	1	1
Gastritis	1	4	5
Gastro-enteritis	39	42	81
» coleriforme	—	1	1
Atrepsia	23	17	40
Fiebre gástrica	—	3	3
Ulcera del estómago	1	—	1
Indigestion	1	—	1
Enteritis	34	25	59
» coleriforme	—	1	1
Entero-colitis	7	2	9
Disenteria	2	1	3
Oclusion intestinal	2	4	6
Tumor del vientre	—	1	1
Dilatacion del estómago	1	—	1
Peritonitis	4	3	7
Cólera infantil	—	4	4
Abceso aldominal	—	1	1
Entero peritonitis	—	1	1
Hernia	—	1	1
Hepatitis	3	2	5
Icteria	1	—	1
Abceso del higado	1	—	1
Estomatitis ulcerosa	—	1	1
Tiflitis	—	1	1
Raptura del higado	1	—	1
Cirrosis hipálica	2	3	5
» atrófica	2	—	2
	126	121	247
5. ENFERMEDADES DEL APARATO GÉNITO-URINARIO			
Mal de Bright	—	1	1
Cálculos vesicales	—	1	1
Metrorrágia	—	1	1
Quiste del ovario	—	1	1
Uremia	2	4	6

ENFERMEDADES	SEXOS V.	M.	Total
Nefritis	2	5	7
Albuminuria	1	—	1
Fibroma uterino	—	1	1
Litiasis renal	1	—	1
Retencion urinaria	1	—	1
Infiltracion urenosa	1	—	1
Salpingitis	—	1	1
Metro-peritonitis	—	2	2
Pelvi celutitis	—	1	1
	8	18	26
6. ENFERMEDADES DE LA PIEL Y TEJIDO CELULAR.			
Erisipela	—	1	1
Gangrena	2	2	4
Ecema difuso	1	—	1
Forenculos	1	—	1
	4	3	7
7. ENFERMEDADES DE LOS ÓRGANOS DE LA LOCOMOCION.			
Mal de Pott	1	—	1
Tumor blanco!	1	—	1
Tabes dorsal!	—	1	1
Abceso frio	—	1	1
	9	2	11
8. AFECCIONES PUERPERALES.			
Fiebre	—	1	1
Eclamsia	—	1	1
Peritonitis	—	2	2
Infeccion	—	2	2
	—	6	6
C Muertes accidentales ó violentas			
Asfixia por sumersion	8	—	8
» » estrangulacion	—	1	1
Heridas	13	1	14
» por arma de fuego	3	—	3
Ustion	4	3	7
Sincope	1	—	1
Aplastamiento	1	—	1
Fractura del cráneo	6	—	6
	36	5	41

ENFERMEDADES	SEXOS V.	M.	Total
D Nacidos muertos ó muertos poco despues de nacer			
Debilidad congénita	13	7	20
Nacidos muertos	75	38	113
Espina bifida	—	1	1
Ictericia	—	1	1
	88	47	135
E Sin clasificacion			
Abceso	—	1	1
Anemia	2	1	3

ENFERMEDADES	SEXOS V.	M.	Total
Asfixia	1	1	2
Consuncion	8	2	10
Inanicion	—	3	3
Septicemia	—	2	2
Senectud	3	3	6
Marasmo	1	—	1
Schok	1	1	2
Sin especificacion	2	3	5
	18	17	35

RESÚMEN

VARONES	MUJERES	Total
685	526	1211

PEDIDOS DE LIBROS É INSTRUMENTOS Á PARIS

A fin de atender los pedidos de libros é instrumentos á Paris, la comision especial encargada de este trabajo, se reunirá en el Círculo Mèdico Argentino, los Miércoles y Viernes de 3 á 5 p. m. hasta el Miércoles 18 de Enero, para hacer el pedido por el vapor del 20.

Por el paquete del 20 de Febrero se hará otro pedido.

CAMBIO DE LOCAL

El Círculo Médico Argentino quedará trasladado el 10 del corriente á la Calle General Viamont 541.

Año XVI—1893 BUENOS AIRES Tomo XVI—Nº 2

Anales del Círculo Médico Argentino

FEBRERO DE 1893

LA CIRUJIA EN EL HOSPITAL MILITAR

DATOS ESTADÍSTICOS DE 1892

Por el Dr. Diógenes Decoud

No es sin alguna vacilacion que me he resuelto á ser uno de los primeros en dar á publicidad en una revista científica, el resúmen estadístico de mis operaciones del año,—y al hacerlo me ha animado el deseo de iniciar esta costumbre que facilitará ahora y despues el conocimiento de los trabajos y adelantos de la cirujia nacional.

En este período en que todo se va organizando y modificando en los hospitales de Buenos Aires, para que ocupen un buen lugar, al dia con el movimiento progresivo de las ciencias médicas, dificultades extremas suelen á veces oponerse á las mejores tentativas, y es menester verdadera dedicacion para saber vencerlas. Pero vale el trabajo, siempre, cualesquiera que sean sus resultados, y á pesar de todo, la cirujia anima porque es la especialidad que promete éxitos mas constantes y mas numerosos.

Ha bastado una década para la trasformacion completa del arte quirúrgico. Hace ya muchos siglos, un ilustre fraile que despues fué canonizado, San Agustin, decia buenamente:—«Sed limpios y haced lo que querais.»—Los cirujanos han recogido para sí esa frase, cumplen el precepto y por el momento constituye la base y guia de sus progresos. Debido á la limpieza, las seguridades se acentúan, las indicaciones de las intervenciones aumentan y las operaciones mas aventuradas pueden practicarse sin peligro.

Quedan ya para la historia los buenos viejos tiempos en que

los mas grandes cirujanos, de una época reciente, tenian fracasos en las operaciones mas insignificantes, como cuando *Velpeau* perdia un niño por abrirle un panadizo. No hace quince años que las complicaciones nosocomiales llevaron 15 en 16 amputados de *Gosselin* en su servicio de l'Hotel Dieu. La estadística de entonces de *Billroth,* alcanzaba á una mortalidad de 70 %, la de Le Fort á 80 y aun 90 %—y se aproxima á veces á algunas de esas cifras, la estadística del viejo y extinguido Hospital de Hombres. Hoy ya las grandes infecciones de otro tiempo debido á esas horribles influencias nosocomiales, no aparecen sinó muy rara vez, por accidente, y cuando vienen no son mas epidémicas, aparecen aisladas, mas débiles, como atenuadas.

La temida gangrena, casi siempre mortal, es evitable, se ha trasformado á su vez:—en dos de nuestros casos, el año pasado, la muerte de los tejidos se mantuvo aséptica, con muy poca reaccion febril, y siguió así, hasta la amputacion, en uno cinco dias, en otro diecisiete. En mi práctica hospitalaria no habia podido observar la piohemia y el primer caso lo encontré en el público recien hace pocos meses: la causa era de poco valor: un golpe determinó la inflamacion de la bolsa serosa retro-olecraniana, que mal tratada, produjo despues un flemon difuso, luego abcesos viscerales infecciosos y la muerte. En cambio la antisepsia hace prodigios: en seis ú ocho casos que han entrado á nuestro servicio con inflamaciones difusas del brazo ó de la pierna, inflamaciones destinadas á ser flemon difuso, hemos visto que cedia pronto bajo la influencia del baño caliente y de las cataplasmas de algodon humedecido en la solucion de sublimado.

Las influencias constitucionales que tanto hacian vacilar, ya no tienen el valor de antes, y aun en los diabéticos, se ha constatado recientemente que las heridas operatorias sanan por primera intencion.

La antisepsia en las heridas infecciosas da buena cuenta de las inoculaciones bacterianas, y la simple asepsia, pero absoluta, completa, en las heridas operatorias, garante el resultado. Por eso las indicaciones se multiplican, y cuando se han reunido todas las condiciones deseables, se admite en la mayor parte de los casos este principio:—*en la duda, intervenir.*

No importa ya tanto el diagnóstico como la operabilidad, que se escuda en el éxito. Las estadísticas de todos los países asombran por su número y por sus resultados;—pero una voz empieza á levantarse y se clama contra las intervenciones inútiles; se pide para la cirujia el éxito terapéutico y no el éxito operatorio. Ese debe ser en efecto el ideal, y ahora la inocuidad de la intervencion quirúrgica no debe conducir á una exageracion engañadora.

He dividido mi estadística del año pasado en grandes secciones, reservando para estudios parciales que tengo en preparacion las consideraciones particulares á que pueden prestarse algunas de estas séries, como las que se refieren á las hernias, á las resecciones, á la cloroformizacion, etc. Su número, por otra parte, es aun bastante reducido para que merezca una atencion mayor, y solo puede presentarse por el momento como el primer acúmulo metódico de una série de hechos que podrán servir para deducir consecuencias, y en el porvenir, agregado á otros, servir de base á otros estudios.

En algunas de estas operaciones ha intervenido como operador y como colaborador mi amigo el doctor Palma, á quien debo mi reconocimiento, y tambien al Interno del servicio señor Acuña, que se ha distinguido por una laboriosidad digna de elogio.

Hé aquí el resúmen estadístico:

5. Amputaciones

3—Amputaciones del muslo en el tercio inferior—incision circular. Dos de ellos por gangrena aséptica de la pierna. *Curados.* El otro por erisipela flegmonosa. *Muerto* al cuarto dia por intoxicacion mercurial.

1.—Amputacion de la pierna en el sitio de eleccion por osteomielitis de la extremidad inferior tibio-peroné y huesos del tarso, con flemon. *Curado.*

1.—Amputacion del antebrazo en el tercio superior por fractura conminuta y expuesta con lesiones vasculares. *Curado* por segunda intencion.

6. Desarticulaciones

5.—Desarticulaciones falangianas de la mano, de las que cuatro por heridas contusas y una por retraccion tendinosa. *Curados.*

1.—Desarticulacion de las falanges de los dedos del pié por gangrena simétrica. *Curado.*

8. Secuestrotomias

1.—Secuestrotomia en fractura expuesta del húmer; sutura ósea. *Curado.*

1.—Secuestrotomia del tarso anterior *Curado.*

1.—Secuestrotomia del húmero, lado externo, tercio inferir 8x5, por osteomielitis. *Curado.*

1.—Secuestrotomia del maxilar inferior 6 x 3. *Curado.*

1.—Secuestrotomia de los dos maxilares por fractura expuesta. *Curado.*

1.—Secuestrotomia de la tibia por fractura expuesta. *Curado.*

2.—Secuestrotomias del omóplato fracturado por bala. *Curados.*

2. Trepanaciones

1.—Una trepanacion de la apófisis mastoides por osteo-periostitis. *Curado.*

1.—Del húmero por osteomielitis prolongada, hiperostosis y parálisis del radial. *Curado.*

5. Afecciones articulares

1.—Artritis supurada de la rodilla con flemon difuso de la pierna y muslo. Artrotomia, ámplio debridamiento y drenaje. *Curacion* con anquilosis recta.

2.—Hidartrosis de la rodilla. Operacion de Schede. *Curados.*

1.—Artritis tuberculosa del codo. Inyeccion esclerógena de Lannelongue. *Curado.*

1.—Sinovitis tuberculosa de la rodilla. Inyeccion esclerógena. *Mejorado.*

9. Raspajes y vaciamientos

1.—Gánglios tuberculosos de la axila con fístulas en regadera. *Curado.*

1.—Ganglios fistulosos de orígen tuberculoso en la region suprahiodia. *Curado.*

1.—Osteomilitis del fémur, raspaje. *Mejorado.*

1.—Vaciamiento del calcáneo por osteomilitis. *Curado.*

1.—Fístula por osteomielitis del hueso ilíaco. *Curado.*

1.—Osteomielitis prolongada de la tibia. Raspaje. *Curado.*

2.—Ganglios tuberculosos del cuello. Raspaje y cauterizacion. *Curados.*

1.—Úlceras del cuello del pié, que databan de tres años. *Curado.*

5. Luxaciones

1.—Luxacion sub-glenoidea del hombro derecho. Reduccion por el método de Schinzinger. *Curado.*

3.—Luxacion sub-coracoidea del hombro derecho. Reduccion por el método de Kocher, de las que dos durante la anestesia. *Curado.*

1.—Luxacion del pié adelante. *Curado.*

4. Extracciones de proyectiles

1.—Bala enquistada entre los escalenos, en la parte inferior. *Curado.*

1.—Id. en la region supra-hiodea lateral derecha. *Curado.*

2.—De la region lumbar. *Curado.*

19. Resecciones

1.—Reseccion de la 5ª y 6ª costilla en una extension de diez centímetros, por osteomielitis prolongada. *Curado.*

1.—Reseccion sub-perióstica del astrágalo y calcáneo por osteomielitis. *Curado* con conservacion de los movimientos y facilidad para la marcha tres meses despues.

1.—Reseccion del astrágalo y vaciamiento del calcáneo, por tuberculosis. *Curado* con conservacion de los movimientos y de la marcha.

1.—Reseccion de la extremidad inferior del húmero por fractura expuesta. *Curado* con conservacion de los movimientos articulares.

2.—Resecciones de la rodilla, una por anquilosis en ángulo recto y osteomielitis de las dos extremidades articulares, la otra por tuberculosis. *Sin resultado* en las dos; amputacion secundaria.

1.—Reseccion de la cabeza y cuello del fémur, por ostequielilitis. *Curado.*

1.—Reseccion de la extremidad posterior del calcáneo *Curado.*

2.—Resecciones de la extremidad superior del rádio, una por

fractura y luxacion irreductible, *curado* el otro por fractura exuesta, *curado* con conservacion de los movimientos articulares. El nervio radial fué destruido por el traumatismo y persistió la parálisis de los extensores.

3.—Reseccion del cóndilo del primer metatarsiano por hallux valgus doloroso. *Curados*.

1.—Reseccion de una exostosis de la espina ilíaca ántero-superior dirigida hácia abajo y adentro en una extension de doce centímetros. *Curado.*

1.—Reseccion de los tres cuneiformes por tuberculosis. *Curado*.

1.—Reseccion del 2º y 3º cuneiforme y del cuboides por osteomielitis traumática. *Curado.*

1.—Reseccion parcial del maxilar inferior. *Curado.*

1.—Reseccion total del tarso (menos el calcáneo): *Sin resultado.*

1.—Reseccion de cinco centímetros de la extremidad superior del fémur y curetaje de la cavidad cotiloidea y del isquion. *Curacion abierta. Muerto* un mes despues por progresos de la tuberculosis.

Dos resecciones de la rodilla: dos fracasos.—Debo explicarlos.

En el primero habia no solamente anquilosis en posicion viciosa, sinó tambien osteomielitis de las dos extremidades articulares de la rodilla. La lesion databa de un año y habia tenido cinco erisipelas. La operacion se imponia, aunque era de temerse la recidiva de su septicemia á repeticion, tan temible por ese carácter á pesar de todos los cuidados porque son espontáneas, simples regudecimientos.

Sin embargo la operacion fué emprendida, y se practicó sin ningun accidente.

Al cuarto dia, violento escalofrio y temperatura máxima. El aparato de yeso fué quitado. La erisipela se manifestaba de nuevo, esta vez bajo una forma flegmonosa y gangrenosa. El miembro fué embalsamado con una envoltura húmeda al bicloruro, pero aunque la lesion infecciosa se corrigió, los accidentes tóxicos obligaron á la amputacion secundaria.

En el otro caso, existia una flexion en ángulo agudo, muy dolorosa, por lesion articular tuberculosa, en un sujeto tuberculoso. Se hizo la reseccion de la rodilla; toda la sinovial, cubierta de granulaciones, fué extirpada. Al tercer dia, el pulso empezó á acelerarse notablemente y el sujeto acusaba dolores violentos en la pierna. Se quitó el vendaje: en el pié habian placas violáceas, insensibilidad completa y algunas flictenas. La gangrena, aséptica por el embalsamamiento, siguió, y cinco dias despues se hizo la amputacion en el tercio inferior del muslo.

En la autopsia del miembro no se notó ninguna lesion vascular que explicara este hecho, tan anormal. La poplítea estaba muy disminuida de volúmen, pero no habia hematoma que hubiera producido la compresion del vaso, ni artritis, ni embolia, ni infeccion, ni ninguna lesion material que pudiera impedir la circulacion. No he hallado en la literatura médica ningun caso de gangrena, no infecciosa como esta, consecutiva á una reseccion de la rodilla. Yo atribuí entonces la gangrena de mi operado á una causa trófica de orígen nervioso, como ocurre en los palúdicos, en los alcohólicos, etc.—y persisto en esa idea.

5. Afecciones de los vasos

1.—Varicocele. Reseccion del escroto. *Curado.*

2.—Varices, el uno de la pierna izquierda: ligaduras múltiples y reseccion de un paquete voluminoso de la parte interna de la pierna; el otro de la pierna derecha: extirpacion de un gran paquete varicoso de la region supero-interna. *Curados.*

1.—Varice linfático voluminoso de la parte ántero-superior de la pierna. Extirpacion y recidiva. Nueva extirpacion. *Curado.*

1.—Aneurisma de la arteria poplítea. Ligadura en el anillo de Hunter. *Amputacion secundaria.*

En este último caso, el paciente sufria de un aneurisma poplíteo, del cual no se habia apercibido, y entró á la sala por causa de un violento traumatismo que acababa de sufrir en la rodilla, en un sitio muy próximo á aquel en que se situaba su lesion vascular. Se observó la rodilla tumefacta y en el hueco poplíteo pulsaciones rítmicas, de levantamiento y no de expansion. Se diagnosticó un hematoma con movimientos trasmitidos, ó un aneurisma difuso; y como la lesion inflamatoria se

acentuaba, se procedió á la abertura del tumor. La incision descubrió el saco inflamado de un aneurisma circunscrito, que pronto estalló. Procedí á su extirpacion y observé que se prolongaba, abajo hasta el tronco tibis-peroné, arriba hasta el anillo de Hunter, tan alto, que hice la ligadura por la parte anterior, persuadido desde luego que solo una anomalía vascular podria salvar la pierna del operado, porque no quedaban para restablecer la circulacion inferior, sino colaterales muy delgadas.

Se tomaron precauciones para facilitar la circulacion. Todo fué inútil. En la duda se hizo desde el dia siguiente el embalsamamiento del miembro, cuidadoso, sin ninguna compresion, y debido á eso la gangrena se mantuvo aséptica durante diecisiete dias, al cabo de los cuales, recien entonces, el enfermo consintió en la amputacion.

Cirujia abdominal

1.—Herida penetrante del abdómen con hernia epiplóica, peritonitis y fiebre de 40 grados. Intervencion dieciocho horas despues: reseccion del epiplon; lavaje del peritoneo. *Curacion.*

1.—Laparotomía exploratriz: cáncer del ciego con adherencias y apelotonamiento de todo el paquete intestinal. *Curacion operatoria.*

1.—Herida penetrante por arma cortante bajo el reborde costal derecho. Intervencion diez horas despues: Agrandamiento de la herida, sutura del hígado y de algunos vasos epiplóicos que daban sangre. *Muerte* por hemorragia.

1.—Herida penetrante por arma cortante con hernia del epiplon. Intervencion ocho horas despues: reseccion del epiplon y sutura. *Curacion* en ocho dias.

1.—Herida penetrante de la region costo-ilíaca por arma cortante. Intervencion catorce horas despues. Gran hematoma. Ligadura de algunos vasos, sutura inmediata. *Curado.*

Cuatro heridas penetrantes, por arma cortante: tres curados, uno muerto. En uno de los curados, la intervencion modificó de un modo evidente la viva inflamacion que se habia desarrollado con fiebre de 40 grados.

En el caso de muerte, hé aquí lo que ocurrió. El enfermo

presentaba una herida bajo el reborde costal derecho, de donde salia sangre en poca abundancia. La herida fué agrandada; se ligaron algunos vasos y se suturó el hígado, en una extension de cuatro centímetros. La hemostasia parecia asegurada y la exploracion no reveló nada. La herida fué suturada. El enfermo permaneció muy bien todo el dia, con pulso normal, sin ningun dolor, sin acusar ningun síntoma; pero á la mañana siguiente, mientras conversaba aparentemente tranquilo, quedó en silencio y murió sin agonia.

La autopsia reveló un enorme derrame de sangre en el abdómen, acumulado detrás del hígado. El arma habia cruzado la víscera de un lado á otro, pero la herida posterior situada muy atrás, muy alta, no habia sido vista, y aun observada, su sutura hubiera presentado dificultades excepcionales.

Tumores

1.—Fibroma voluminoso de la pierna. *Curado.*

1.—Sarcoma de la parótida del volúmen de un huevo. *Curado.*

1.—Quiste dermoide de la ceja. *Curado.*

1.—Angioma de la mano. *Curado.*

3.—Fibromas retro-trocantereos. *Curados.*

1.—Voluminoso paquete ganglionar de la axila, de orígen tuberculoso. *Curado.*

2.—Quistes tendinosos. *Curados.*

1.—Lipoma del brazo. *Curado.*

5.—Quistes sebáceos múltiples de la cabeza y de la cara. *Curados.*

3.—Pólipos de la nariz. *Curados.*

1.—Papiloma de la cavidad bucal. *Curado.*

1.—Concroide del ano muy extendido. Raspaje y cauterizacion. *Mejorado.*

7. Condilomas del ano. Raspaje y cauterizacion. *Curados.*

Génito-urinarios

1.—Hematoma traumático supurado de la vaginal. Abertura, raspaje, curacion abierta. *Curado.*

1.—Hematocele. Operacion de Vogt. *Curado.*

4.—Fímosis. Sutura con crin de Florencia. *Curados.*

1.—Parafímosis ulcerado. *Curado.*

1.—Fístula urinaria. Uretrotomia interna y dilatacion progresiva. *Curado.*

1.—Tumor esclero-quístico al testículo. Extirpacion. *Curado.*

1.—Flemon del cordon. Incision y curacion abierta. *Curado.*

3.—Papilomas voluminosas del glande. Curetaje. *Curacion.*

4.—Uretrotomias internas por estrechez elástica. *Curadas.*

1.—Abceso peri-uretral con induracion y fístula. *Curado.*

1.—Tumor urinoso con una masa voluminosa esclerosada y fístula urinaria. Extirpacion, uretrotomia interna y externa. *Curado.*

1.—Epididimitis tuberculosa bilateral, con fístulas induradas. Extirpacion de las fístulas, areamiento de los epidídimos. *Mejorado.*

1.—Reseccion de la vaginal por vaginalitis crónica. *Curado.*

1.—Uretrotomia externa por múltiples fístulas urinarias. En *curacion.*

2.—Gangrenas del escroto. Uno *Curado.* El otro no correspondia al servicio y la intervencion se practicó en cuanto fué presentado. *Muerte* doce horas despues por progreso de la septicemia.

1.—Fístula urinosa escrotal. Extirpacion y uretrotomia interna. *Curado.*

En los papilomas del glande el curetaje no es muy doloroso. Los enfermos lo han soportado sin necesidad de anestesia, y creo recomendable el procedimiento, sobre todo cuando los otros que se aconsejan son de un resultado muy lento.

En el caso de epididimitis tuberculosa limité la operacion á lo que podria llamarse simple areamiento. De un lado habia hidrocele: abrí la vaginal, la resequé parcialmente y luego suturé: el estado de los núcleos del epidídimo no llamaba á otra intervencion. Del otro lado, la vaginal estaba parcialmente adherida á la glándula; rompí esas adherencias y destruí al termo-cauterio un núcleo caseoso. Las fístulas que existian fueron cuidadosamente disecadas y la cicatrizacion se obtuvo por primera intencion. La mejoria fué inmediata, y el enfermo no

experimentó ni dolor ni molestia del lado derecho; los tubérculos han adquirido despues una dureza fibrosa é indolente; pero del otro lado la lesion, aunque favorablemente modificada, persiste.

Con respecto al caso de gangrena del escroto, he podido constatar la facilidad y rapidez con que se separa á pesar de la notable extension de las lesiones.

13. Fístulas

7.—Fístula ciega externa del ano. Curacion abierta. *Curados.*

2.—Id. id. Sutura inmediata. *Recidiva.*

1.—Fístula ciega interna. *Curado.*

1.—Fístula de la region lumbar. Incision de veinte centímetros hasta descubrir la serosa peritoneal y extendida desde las apófisis trasversas hácia adelante. *Curado.*

1.—Fístulas múltiples del triangulo de Scarpa. *Curado.*

1.—Fístula muy profunda de la region hipotenar. *Mejorado.*

Las recidivas mencionadas en las fístulas del ano, ocurrieron precisamente en los dos casos en que se practicó la sutura inmediata, despues de una minuciosa extirpacion de todas las partes enfermas. El éxito pareció asegurado en los primeros dias, pero la dificultad de prolongar la constipacion en sujetos poco dóciles, fué indudablemente la causa del fracaso. Con todo, creo que la sutura inmediata, en las fístulas del ano, está destinada á predominar.

16. Abcesos y flemones

3.—Flemones difusos de la mano. Amplio debridamiento. *Curados* con conservacion de los movimientos.

2.—Abceso de la fosa isquio-rectal. Incision. Drenaje. *Curado*

2.—Flemon de la mano. *Curado.*

1.—Abceso ganglionar del cuello consecutivo á ulceraciones de la boca. *Curado.*

2.—Abcesos voluminosos de la axila. *Curados.*

1.—Abceso de la region maxilar. *Curado.*

1.—Flemon difuso del pié. *Curado.*

1.—Flemon ilíaco. *Curado.*

5.—Adenitis inguinales por chancro. Incision aséptica. *Curacion* en diez á doce dias.

9. Autoplastias

2.—Úlceras de la region lumbar, 3 × 4 cent. *Curado.*

1.—Obstruccion cicatricial de la abertura nasal. Incision y autoplastia. *Curado.*

2.—Úlceras de la pierna, 6 × 4. *Curados.*

2. Úlceras del codo 4 × 7 y úlcera del brazo 9 × 3 *Curados.*

2.—Latia leporium. Procedimientos de Mirault. *Curados.*

1.—Cicatriz hipertrófica y degenerada del pecho. Reseccion de 15 × 10 y antoplastia por deslizamiento. *Curado.*

1.—Reconstitucion del dólulo de la oveja. *Curado.*

En todas las úlceras mencionadas, que habian sido tratadas por otros medios anteriormente, se practicó la autoplastia por deslizamiento y la cicatrizacion se obtuvo por primera intencion.

Ojos

2.—Enucleaciones del globo ocular por oftalmia simpática. *Curados.*

3.—Pterigion. Escision y rotura. *Curados.*

Hernias

1.—Hernia traumática situada bajo el reborde costal izquierdo. *Recidiva.*

5.—Hernias inguinales estranguladas. Reseccion del saco. *Curados.*

9.—Hernias inguinales—de las que 3 puntas de hernias y las demás escrotales. Extirpacion del saco. *Curados.*

La única recidiva que se menciona se produjo pocos dias despues de quitadas las suturas. El sujeto, á pesar de las recomendaciones hechas, se empeñaba en probar el valor de la operacion hecha, haciendo esfuerzos repetidos que vencieron por fin la reciente cicatriz.

El detalle referente á los demás será publicado en uno de los próximos números de *Los Anales.*

18. Operaciones no clasificadas

2.—Cicatriz crucial dolorosa de la region temporal, consecutiva á la extirpacion de un quiste dermoide. Reseccion de todo el tejido esclerosido. *Curado.*

1.—Higrama pre-rotuliano. Incision y drenaje. *Curado.*

3.—Lesiones de hemorroides al termo-cauterio. *Curados.*

3.—Uñas encarnadas. *Curados.*

5.—Dilatacion del ano por hemorroides y fisuras. *Curados.*

1. Sinovitis purulenta de los tendones tibiales, retromaleolares. Incision externa y curacion abierta. *Curado.*

1.—Paracentesis del abdómen por ascitis. *Mejorado.*

2.—Reimplantacion del primer molar. *Curado.*

2.—Hematosis de la pierna. Incision y rotura. *Curados.*

Extracciones dentarias 300.

El número de cloroformizaciones ha sido próximamente de 130, de las cuales mas de 60 por el método de Dastre.

Las observaciones de la anestesia fueron llevadas con minuciosidad por un encargado especial, el interno del servicio Sr. Rapela. Solo en una ocasion ocurrió un síncope respiratorio, que pasó pronto por la respiracion artificial, y es de notarse que jamás ocurrió ningun otro accidente.

Una vez, en una operacion que duró tres cuartos de hora, la anestesia se hizo por el hipnotismo. La operacion consistió en la extirpacion de tumores varicosos de la pierna.

Considerando en suma todas las operaciones, se llega á la cifra total de 203. La interpretacion de los resultados tomados en conjunto, no seria justo, porque el éxito de las operaciones es distinto segun su valor y segun las condiciones particulares de cada caso. He explicado la causa de los fracasos y de las muertes: solo una de éstas podria en cierto modo ser atribuida á la intervencion.

De cualquier modo, el resúmen dá tres muertes, seis mejorados, nueve fracasos. Como término general, este resultado no admite comparacion con los de ningun otro hospital, y es fácil notar que es bien satisfactorio.

A medida que se perfeccione la organizacion del servicio, los resultados serán aún mas completos. Con las seguridades de una asepsia rigurosa, podemos ya decirlo bien alto, en honor de la ciencia moderna, que siempre que no haya habido infeccion anterior, no debe jamás supurar ninguna herida operatoria, y debemos reconocer,—para evitarlo en adelante,—que los fracasos en tal caso son debidos únicamente á una ejecucion incompleta ó imperfecta, de las prácticas antisépticas.

Buenos Aires, Enero 1893.

COLECISTECTOMIA PARCIAL

Por **Alejandro Posadas**
Interno del Hospital de Clínicas

La colecistectomia parcial, que ha sido aplicable por la forma especial de la dilatacion de la vesícula en la enferma cuyo historia va á continuacion, ha permitido en este caso la cura radical de la enfermedad, con la conservacion del reservorio biliar.

Hoy que se aplica la colecistectomia total á las hidropesias de la vesícula acompañadas de dilatacion generalizada de este órgano, no deja de tener interés la presente observacion, é indica que tal vez se pudiera ser menos radical en la cura de ciertas dilataciones biliares y sustituir á la colecistectomia total, una operacion parcial que devolviera al órgano una forma y capacidad aproximadas á la normal.

La operacion pertenece á la estadística del Dr. Bazterrica.

Sala X.—Núm. 17.—Servicio del Dr. Pintos.

Cármen Toledo, 40 años, argentina (Tucuman), soltera, quehaceres domésticos.

Antecedentes individuales: — Ha tenido fiebre intermitente desde la infancia. Hace ocho meses tuvo una diarrea tenaz, acompañada de sangre y sintió fuertes dolores generalizados á todo el vientre.

Notó entonces por primera vez que tenia un tumor situado á la derecha y por debajo del nivel de la cicatriz umbilical. Los dolores eran mas fuertes en el sitio del tumor.

Su volúmen era muy poco menor al que presenta actualmente.

Las reglas que tuvo por primera vez á los 16 años, no han sido nunca anormales ni por lo dolorosas ni por su periodicidad.

Actualmente no tiene dolores; solo siente algunos cólicos y tiene habitualmente diarrea que ha cedido algo con el uso de la quinina.

La palpacion abdominal permite comprobar la existencia de un tumor á la derecha de la línea media y á partir del nivel del ombligo, tumor dirigido en el sentido del recto abdominal en su mayor diámetro, que es el longitudinal y que tiene cinco traveses de dedo. Su anchura de cuatro traveses de dedo alcanza la línea media por su borde interior.

Este tumor no es doloroso, es liso, resistente, deplazable á la presion y espontáneamente en los cambios de posicion de la enferma.

La contraccion de los rectos no lo inmovilizan ni lo hace desaparecer.

No sigue los movimientos respiratorios. Es perfectamente limitable con una sola mano dispuesta en forma de cúpula.

Deprimido fuertemente trasmite los latidos de la aorta abdominal.

Es mate á la percusion.

Parece percibirse el fenómeno de peloteo renal.

El exámen vaginal es imposible por la estrechez de este órgano.

La orina de color amarillo.

Densidad 1.020.

Reaccion ácida.

Urea 19, 28 por 1000.

Albúmina, no hay.

Glucosa, no hay.

Sedimento coposo, abundante, incoloro, formado por filamentos de mucus, células epiteliales grandes, pavimentosas, granulaciones amorfas de urato de sodio y potasio, uno que otro cristal de ácido úrico y muy escasos glóbulos blancos. Cantidad en 24 m. 1.500 cc.

Se pensaba en un riñon flotante.

Abierto el abdómen, se encontró un tumor ovoide, de paredes blancas, espesas, resistentes, que cortado al bisturí dió salida á un líquido albuminoso de color y consistencia de clara de huevo.

Desprendido el tumor de dos adherencias que presentaba con el intestino delgado y otras varias con el epiplon mayor, se le vió prolongarse hácia arriba, adelgazándose; é insértase finalmente en la cara inferior de la vesícula biliar, próximamente á la partida del conducto cístico.

El nivel de su insercion, tendria un ancho de dos traveses de dedo.

La vesícula contenia al parecer bilis por su color verdoso, pero no estaba distendida.

Se seccionó el pedículo y resecando las túnicas internas se suturó con seda, adosando las superficies cruentas.

Se cerró la herida abdominal con tres planos de sutura.

La orina del dia siguiente contenia bilis en pequeña cantidad.

Curacion sin accidentes.

El exámen del tumor, por su superficie interna, mostraba ciertas eminencias lineares que lo asemejaban algo al primer estado del proceso que se conoce con el nombre de columnizacion de la vejiga.

Sus paredes duras, gruesas de 0,01 cent. en ciertos puntos, presentaban una que otra concrecion amarillo blanquizca que el miscrocopio demostró ser colesterina.

El exámen histológico del tumor reveló en él la estructura de la vesícula biliar hidrópica y dilatada.

Sustitucion del epitelio interno cístico, por un revestimiento de células planas, la mayor parte desprendidas, todas en degeneracion grasosa, no dispuestas nunca en mas de una capa. Las túnicas musculares normales; la serosa algo espesada.

El líquido que encerraba no pudo ser recogido. Sus caractéres macroscópicos concuerdan por otra parte, perfectamente, con los señalados por los autores en el contenido de las vesículas biliares hidrópicas.

Buenos Aires, Enero de 1893.

HISTERO OOFORECTOMIA

Clínica Quirúrgica del Hospital Italiano.—Servicio del Dr. Sasso
Por **Abel R. Noceti**
(Interno del servicio)

El 17 de Octubre del año pasado ingresaba al hospital la mujer Josefa Gonzalez, por envenenamiento casual con sublimado corrosivo. El hecho habia tenido lugar momentos antes á causa de haber equivocado unos paquetitos de bromuro de potasio con otros de la sustancia mencionada que tenia para inyecciones vaginales.

Permaneció en asistencia durante quince dias, quedando completamente restablecida, pero atacada siempre de su antigua enfermedad, causa del error antedicho: una metrorragia antigua y tenaz.

Fué entonces visitada por el Dr. Sasso, cirujano del establecimiento, y despues de un meditado exámen pudo comprobar la existencia de un tumor abdominal que clasificó de mio-fibromas. Propuso á la enferma la operacion y ésta accedió gustosa.

Antecedentes: 40 años de edad, española, planchadora, hija de padres sanos, nunca ha tenido otra cosa que su enfermedad actual que data desde hace dos años y medio; ha tenido un hijo y dos abortos.

Habiendo sido preparada la enferma con la mas rigurosa antisepsia, así como la asepsia de los instrumentos, etc., encargóse de la cloroformizacion al Dr. Rocchi Lanoir, y teniendo el Dr. Sasso por ayudante principal al Dr. Rebaudi, acompañado de los demás médicos y practicantes del hospital, procedió el dia 6 de Noviembre á la operacion haciendo la incision abdominal de 12 centímetros, empezando á 2 centímetros arriba de la sínfisis pubiana. Una vez abierta la cavidad abdominal se pudo comprobar el útero agrandado de tamaño como una cabeza de feto á término, fibromatoso, intersticial, teniendo otro pequeño

como un huevo de gallina y pediculado por su cara supero-posterior, otro en la trompa y ligamento derecho, otro mas pequeño en la parte superior y posterior de la vajina con degeneracion esclero-quística de ambos ovarios. Habia tambien dos adherencias intestinales fuertes.

Se hizo la extirpacion completa siguiendo el método de Ziveifel, modificándolo un poco en la ligadura elástica que la dejó extraperitoneal, suturado con catgut el peritoneo por debajo de la ligadura alrededor del pedículo, á consecuencia del fibroma supero-vaginal que se enucleó por la via abdominal tambien, suturando en seguida sin dejar drenage y el haber quedado un pedículo corto muy ancho y bastante vascularizado, de manera de estar preparado para que en cualquier evento fuera extracavitario, como en efecto se vió cuando abrióse el pequeño abceso el dia 14, que fué de la pared, habiéndose mortificado la parte del pedículo arriba de la ligadura elástica.

El tiempo trascurrido en toda la operacion fué de una hora.

Una vez terminada la operacion la enferma se despierta bien y continúa así hasta las 4 p. m. en que empieza á sentir fuertes dolores. Se le hace una inyeccion de morfina y se sacan 200 gramos de orina.

4 ½ p. m. T. 37,5, P. 74, R. 31—Como tiene vómitos se le dá hielo.

5 ½ p. m.—Toma media taza de caldo consomée y un poco de vino Marsala helado.

9 p. m.—Sácanse 158 gramos de orina; continúan los vómitos y aumenta la traspiracion.

Dia 7—T. 37,2—38,5 P. 108-102, R. 42,42.—6 a. m. Ha vomitado toda la noche y quéjase de dolores al vientre.

4 p. m.—Toma caldo y Marsala helado.

5 ½ p. m.—Inyeccion de morfina; tiene algunos eruptos.

6 ½ p. m.—Se extraen 100 gramos de orina.

9 ½ p. m.—Id. id. otros id. id. id.; continúan los eruptos. Hay un poco de timpanismo y dolores.

10 ¾ p. m.—Inyeccion de morfina.

Dia 8—T. 38,2-37,8, P. 102-86, R. 24-30—Han vuelto los

vómitos durante la noche y ha dormido muy poco. Se sacan 180 gramos de orina.

9 a. m.—Se le hace un lavage vaginal con bicloruro al ½ por mil porque tiene un poco de uretritis. En el trascurso del dia sácanse 500 gramos de orina.

Caldo y vino Marsala. Han cesado por completo los vómitos y duerme tranquilamente.

Los dias 9, 10 y 11 los pasa bien con la temperatura oscilando alrededor de 37,5, exceptuando el dia 10 por la tarde que alcanzó á 38,5.

Se han continuado dia por medio los lavages vaginales.

Dia 12—T. 37,6-38,2, P. 90-96, R. 30,30—Se saca la curacion y se nota que la herida presenta un pequeño empastamiento en la parte inferior. Se lava externamente con bicloruro y se cubre en seguida.

Al régimen dietético anterior se agrega un poco de sémola.

Dia 13—T. 37,8-38,3, P. 96-102, R. 24-30—Se efectúa la primera curacion con solucion de ácido bórico al 2 % y se sacan 3 puntos profundos de sutura dejando solo el inferior

Se le administra un purgante de 30 centígramos de calomel y 50 centígramos de lactosa. Como no mueve el vientre se le hace al anochecer un enema con glicerina.

Dia 14—T. 37,9-37,6, P. 96-96, R. 36-30—Se saca el último punto porque se ha formado un pequeño absceso; se lava muy bien con solucion de bicloruro al 0,50 % sacando parte de la ligadura y colgajos pequeños mortificados del pedículo.

Dia 16—No alcanzó á 37°.—Se saca el resto de la ligadura elástica útero-pedicular. La herida se presenta sin supuracion y llena de granulaciones de cicatrizacion.

Los dias subsiguientes continúa la mejoria general y la enferma se pasea por las salas desde el dia 30 de Noviembre hasta el 16 de Diciembre, dia en que abandona el hospital completamente curada.

Buenos Aires, Enero de 1893.

ERROR DE DIAGNÓSTICO

El siguiente artículo del Sr. Repetto se refiere á un interesante caso ocurrido en el hospital San Roque:

Señor Director de los ANALES DEL CÍRCULO MÉDICO ARGENTINO
Dr. D. Samuel Gache.

Le ruego quiera tener la bondad de publicar la siguiente exposicion, que si no constituye un artículo de la índole de los que se publican en esa importante revista, ella va dirigida á los estudiantes de medicina en general, y á mis compañeros de internado en particular.

Por lo demás, se trata tambien de un caso clínico, y muy interesante por cierto, pero considerado bajo el punto de vista de los hechos irregulares á que ha dado lugar.

Esta exposicion la hubiera ahorrado, si el señor director interino del Hospital San Roque Dr. D. Francisco Cobos hubiese justificado ante mis compañeros, mi conducta que increpó sin motivo; pero como me ha negado la reparacion que con justicia le he pedido, me veo en la obligacion de publicar los hechos, aprovechando la justa reparacion que ellos me brindan.

Pienso que no es la prensa política el terreno mas apropiado para ventilar esta cuestion que es de un doble carácter: científico y administrativo, y que está además, absolutamente desprovista de carácter personal. Es con estas ideas que me dirijo al señor Director de los ANALES, en la esperanza de que accederá al pedido que le hago.

Agradecido de antemano, le saluda su afectísimo y S. S.

NICOLÁS REPETTO.

Enero 25 de 1893.

El dia 5 del mes de Enero ppdo. fué conducido al hospital San Roque, un niño de cinco años que, segun los padres, se hallaba gravemente enfermo. Encontrándome de guardia, fuí llamado para atender á este niño, y despues de un exámen detenido comprobé lo siguiente: Enorme tumefaccion de las mitades derechas de la cara y cuello, fluctuante en algunos puntos, tensa y dura en el resto de su extension. Parálisis del facial derecho. Hemorragia ligera, pero contínua, por el conducto auditivo externo del lado derecho. Por el lado de la boca: las fauses completamente obstruidas por un tumor redondeado, sésil, del volúmen de un huevo de paloma, implantado entre los dos pilares derechos del velo del paladar, tumor que hacia la impresion de una amigdala muy hipertrofiada; la mucosa que tapizaba el tumor, así como el resto de la cavidad bucal, presentaba un aspecto normal. No habia infarto ganglionar en el cuello. El niño tenía la piel de todo el cuerpo blanca como el mármol; la anemia era profunda. Los labios lívidos. El estado de sus funciones era el siguiente: la respiracion imposible, signos evidentes de compresion de la laringe, tiraje característico; la deglucion imposible desde hacian cuatro dias; el pulso pequeño, frecuente; la miccion rara: ese dia habia orinado una sola vez y muy poca cantidad. Pidiendo antecedentes, los padres me dicen lo siguiente: desde hacen dos meses el niño arroja muy á menudo sangre por la boca y se queja de un dolor en el lado derecho del cuello; solo hacen cuatro dias que se le ha hinchado la cara y que no puede tragar.

Sin hacer diagnóstico del caso, encontré una indicacion urgente que llenar: la de facilitar la respiracion, pues sin esto la asfixia acabaria pronto con el niño. Para conseguirlo, me propuse el siguiente plan de intervencion: incindir la tumefaccion de la cara y cuello en los puntos fluctuantes y evacuar el líquido contenido, que yo suponia la causa de la compresion; si esto no daba resultado, practicar inmediatamente la traqueotomia.

Hice dos pequeñas incisiones en los puntos fluctuantes; por una de ellas no salió nada y por la otra salieron muchos coágulos y sangre en abundancia. Dado el estado general del

niño que era tan malo y con una anemia tan pronunciada, creí prudente no continuar la intervencion por este lado y me limité á taponar las heridas que acababa de hacer. Puse una curacion antiséptica y cuando acababa de poner la venda, el niño cesó de respirar, las córneas perdieron el brillo, el pulso se hizo imperceptible, en fin, el niño se moria ó estaba ya muerto. Inmediatamente practiqué la traqueotomia; al abrir la tráquea no se produjo el ruido debido á la entrada del aire; coloqué la cánula, pero el niño no respiraba. Practiqué la respiracion artificial y al cabo de diez minutos el niño hizo espontáneamente una inspiracion y en seguida suspendió de nuevo la respiracion. Para abreviar: fué necesario practicar durante tres horas seguidas la respiracion artificial; servirse del éter, electricidad, percusion de agua helada sobre el pecho; practicar la auto-transfusion para combatir la anemia del bulbo á la que atribuí el tipo respiratorio de Cheyne-Stokes que el enfermo presentó en distintos momentos.

Despues de todo esto se consiguió que el niño respirara de manera ámplia y regular; incomparablemente mejor que antes de practicársele la traqueotomía. Lo hice conducir al pabellon de los niños y en vez de alojarlo en una de las dos salas, en donde el calor era sofocante y la ventilacion, á mi entender, defectuosa, lo hice poner en un corredor, donde sin estar expuesto á la intemperie, la temperatura era mas soportable y la ventilacion más ámplia.

Teniendo imprescindible necesidad de abandonar el hospital por espacio de dos horas, entregué la guardia á mi condiscípulo y practicante mayor del hospital señor Agustin Piaggio, refiriéndole el caso en todos sus detalles y rogándole que en el tiempo que yo faltaria, llenara cualquiera indicacion que creyera conveniente.

Á las 8 p. m. salí del hospital, á las 10 p. m. estaba de vuelta. El practicante señor Piaggio me refirió que durante mi ausencia se habian producido hechos extraordinarios; que habia venido el señor Director interino, doctor Cobos, y que habia tomado las medidas mas severas para evitar la difusion de la difteria en el

hospital, pues el niño que yo habia recibido por la tarde se hallaba afectado de esta enfermedad, en su opinion.

Todas estas cosas me llenaron de asombro, y me presenté al señor Director interino para tener con él una explicacion.

El señor Director interino me increpó, con una energia digna de mejor causa, la grave imprudencia que habia cometido admitiendo en el hospital á un niño atacado de difteria, faltando así de una manera injustificable al cumplimiento de lo que establecen las ordenanzas del hospital que son esplícitas y terminantes á ese respecto.

Intenté justificar mi conducta ante un ataque tan gratuito, y en ese sentido traté de probarle científicamente que no se trataba de difteria ni de cosa parecida; pero el señor Director interino no quiso saber nada de discusiones en ese terreno y prefirió cortarme bruscamente el uso de la palabra diciéndome que yo debia saber que la difteria tiene formas y reformas.

No era el *magister dixit*, pero lo habia dicho el señor Director interino y era necesario terminar la discucion.

El señor Director interino me ordenó que dispusiera todo lo necesario para que el niño fuera conducido á la Casa de Aislamiento, y para que desaparecieran todos aquellos objetos, que directa ó indirectamente, habian estado en contacto con el niño.

Yo seguia extrañando todo este lujo de precauciones, y el error del señor Director interino se me hacia cada vez mas inconcebible; solo me lo expliqué cuando supe por boca de uno de mis compañeros, que el exámen que el señor Director interino habia hecho del niño enfermo, se habia limitado á intentar abrirle la boca, cosa que no consiguió.

Solo se explican ciertos errores de diagnóstico, cuando se toma por elemento fundamental del mismo, una tímida tentativa de exámen hecha en un sentido preconcebido y totalmente frustrada.

El niño fué conducido á la Casa de Aislamiento con una nota del señor Director interino, en la que se lo declaraba un caso inconcuso de difteria; la opinion del practicante que lo habia asistido no

se tomó en cuenta para nada: ella valia muy poca cosa para que el niño fuera declarado siquiera caso sospechoso.

En la Casa de Aislamiento el niño fué alojado en la sala de diftéricos. Al dia siguiente lo vió el doctor Penna y no encontró que el niño estuviera enfermo de difteria, ni de enfermedad que pudiera confundirse con ella. Hizo una puncion en la tumefaccion de la cara y extrajo sangre; el caso se presentaba muy interesante, pero el niño falleció en la tarde del mismo dia.

En la autopsia se encontró: un saco, al parecer aneurismático, situado en la parte lateral derecha del cuello, debajo del ángulo del maxilar; este saco tenia paredes gruesas, una superficie interior muy lisa; cuando yo lo ví no contenia coágulos, tenia el tamaño de un huevo grande de gallina; la tumefaccion enorme de la cara y cuello estaba constituida por sangre derramada en el tejido celular sub-cutáneo, sangre que parece haber salido del saco arriba mencionado. La mucosa de la boca, faringe y laringe estaba completamente normal; la laringe se encontraba comprimida lateralmente por el saco.

De la exposicion que acabo de hacer, se deducen las conclusiones siguientes:

1.º Procedí correctamente al dar entrada en el hospital al niño en cuestion, pues la autopsia ha demostrado que no se trataba de difteria, ni de ninguna otra enfermedad susceptible de ser confundida con ella.

2.º El señor Director interino ha procedido en el caso en cuestion por lo menos con mucha ligereza y ha faltado sin fundamento á la consideracion que debe merecerle un practicante mayor del hospital.

NICOLÁS REPETTO,
Practicante Mayor, por concurso, del Hospital San Roque.

Buenos Aires, Enero 25 de 1893.

Concurso Sud-Americano de Medicina

RELACION DE LOS TRABAJOS PRESENTADOS

El Círculo Médico Argentino ha recibido 22 trabajos para el Concurso Sud-Americano de Medicina. He aquí su ralacion:

1. Seccion de Ginecología y Obstetricia. La fiebre puerperal. Lema «Los síntomas locales son tanto menos desarrollados, cuanto mayor es la virulencia de los micro-organismos (Bouchard).
2. Seccion de Higiene. «Higiene de las pasiones».
3. Seccion de Medicina Legal. «Consideraciones acerca de la libertad moral en sus relaciones con los delitos».
4. Seccion de Anatomía Patológica. «Memoria. Contribucion al estudio bacteriológico del beri-beri».
5. Seccion Higiene. Lema «La fuerza de una nacion está basada en la alimentacion y el cuidado que reciben sus habitantes durante su primera infancia».
6. Seccion Enfermedades de Niños. Lema «Homo sum et nihil humani à me alienum puto».
7. Seccion Oftalmología. Lema «Nos, non nobis...»
8. Seccion laringolojía, otologia y rinología. Lema «Un grano de arena».
9. Seccion de Anatomía. Una preparacion con este lema: «Res judicata pro veritate habetur».
10. Seccion Historia de Medicina. Lema «J'ay seulement faiet icy un amas de fleurs estrangéres, n'y ayant fourny du mien que le filet à les lier (Montaigne).
11. Seccion de patología interna. Lema «Plus occidit aer quam gladius».
12. Seccion clínica quirúrgica. Lema «Non anticipatio sed descriptio et interpretatio naturæ».
13. Seccion de Terapéutica. Química aplicada á la medicina. Contribucion al estudio del protóxido de ázoe. Lema «Pauca verba ante magna facta».

14. Seccion Ginecología y Obstetricia. Lema «Audaces fortuna juvat».
15. Seccion Enfermedades de Niños. Lema «Laboremus».
16. Seccion Medicina Operatoria. Lema «Broken-down».
17. Seccion de Higiene y Geografía médica. Lema «Partout la vie est dans la vie, et partout la vie, dévore la vie».
18. Seccion de enfermedades nerviosas. Contribucion al estudio clínico de la neurastenia. Lema «Labor omnia vincit!»
19. Seccion Higiene. «Climatología Médica». Lema «Patria y Ciencia».
20. Seccion Enfermedades nerviosas y mentales. Una Memoria.
21. Seccion Histología. Preparaciones histológicas. Lema «La ciencia es la autoridad tomada de la verdad». (Victor Hugo).
22. Seccion clínica quirúrgica. Una caja conteniendo frascos

Congreso Médico de Washington

Hemos recibido la siguiente carta:

Señor Director de los Anales *del Círculo Médico Argentino.*

Muy señor mio:

Agradeceré á usted se sirva anunciar en su apreciable periódico que el Congreso Médico Pan-Americano, tendrá lugar en la ciudad de Washington, Estados Unidos de América, el dia 5 de Setiembre de 1893, y continuará sus sesiones durante cuatro dias; suplico encarecidamente á los médicos de su país se reunan con nosotros en dicho Congreso, que esperamos será digno de nuestra profesion en el Nuevo Mundo.

La seccion de Patologia interna (*Practice of Medicine*), puede contribuir eficazmente á su buen éxito; desearíamos tener algunos trabajos de sus compatriotas, y que cada médico en particular se considere como especialmente invitado para presentar algun trabajo á esta Seccion, en que se haga cenocer la historia de las enfermedades reinantes en su país, las particularidades que

presenten con relacion al clima, como tambien el tratamiento que haya dado mejores resultados; seria interesante consignar todo lo relativo al predominio y distribucion de la tuberculosis, fiebre tifoidea, difteria, escarlatina, etc., y esperamos de nuestros hermanos que hablan español aprender mucho sobre la fiebre amarilla.

Confio en que gran número de sus compatriotas se reunirán con nosotros y presentarán memorias para esta Seccion; los que bondadosamente accedan á nuestra súplica, tengan la bondad de dirigirse al Dr. Ramon L. Miranda Nº 349 West 46th St,, New York City, U. S. A., y comunicarle el título de los trabajos y lo que tengan por conveniente.

Tengo el honor de suscribirme respetuosamente S. S. S.

VICTOR C. AUGHAN,
Presidente del Comité Ejecutivo de la Seccion de Patologia Interna del Primer Congreso Pan-Americano.

Lo que tengo, Sr. Director, el placer de comunicar á usted para los fines oportunos segun lo dispuesto por el Presidente de la Seccion,

RAMON L. MIRANDA
Secretario.

Igual invitacion hemos recibido de parte de los presidentes de las secciones de fisiología y terapéutica.

Quedan, pues, avisados los que quieran enviar memorias al Congreso de Washington en el presente año.

La grippe de la laringe

La laringitis, dice Daniel Moton en el «Med. Herald» de Junio 1892, asociada con la influenza, es de naturaleza grave. La ronquera que sigue á la grippe, es lo más difícil de tratar.

La disfonia repite con frecuencia y la tos de la grippe es laríngea; solo se presenta por la noche, privando del sueño al enfermo y causando un alto grado de nerviosidad. La expectoracion consiste en una mucosidad viscosa semejante á la clara de huevo. El exámen de la garganta revela un estado

de engrosamiento y coloracion roja de la mucosa de la laringe y de las cuerdas bucales verdaderas. La epiglotis se halla congestionada y se observan claramente ramificaciones de los vasos sanguíneos en la superficie de la mucosa de la laringe, proyectándose algunas ramas sobre sus bordes. No existe paresia de las cuerdas: su engrosamiento es la sola causa de la ronquera. Mas adelante, se seca la mucosa y causa cosquilleo y tos.

La aplicacion local de *Albolene*, con eucalyptol, menthol ó codeina en solucion, ha dado resultados favorables en estos casos. La revulsion aplicada á la laringe ha mejorado algunos de ellos. En el tratamiento interior se han usado con provecho la fenacetina, el salol y los salicilatos, los polvos de Dover, la coca, estricnina, etc.

FORMULARIO

Enema contra la *colitis muco-membranosa* (Revilliod)

Mucílago de membrillo.....	500 gramos
Subinitrato de bismuto.....	aa
Salicilato de bismuto.....	10 gramos

M.—Para un enema. Despues de haber vaciado el intestino por medio de una lavativa purgante (de aceite de recino ó de ipeca), que puede hacerse seguir de un enema boricado, se administra la lavativa de bismuto que debe conservarse por 24 horas.

Pocion contra las *palpitaciones cardíacas de los neurasténicos* (Zerner).

Pirofosfato de fierro.....	aa
Bromuro de zinc.....	3 gr. 50 cent.
Tintura de digital.....	15 gramos
Ergotina.....	12 »
Jarabe de azahar.....	30 »
Agua destilada.....	100 »

H. s. a.—Tomar de 1 á 3 cucharadas de las de café cada dia.

Pocion contra la *coqueluche* (Gregg).

Ácido nítrico medicinal.....	4	gramos
Jarabe simple.....	aa	
Agua.....	120	gramos
Tintura de belladona.....	1	»

M.—Una cucharada de las de café cada hora, para un niño de dos años.

Biblioteca del Círculo Médico Argentino

Publicaciones recibidas en el mes de Enero de 1893

Alvarez Antenor, La consanguinidad como causa de degenerescencias (tesis), 194 páginas.

Rawson de Dellepiane Elvira, Apuntes sobre higiene en la mujer (tesis) 99 páginas.

Giraud Raul, Sinfisiotomia (tesis) 58 páginas.

Molinari José T., Observaciones de ginecología operatoria (tesis) 120 páginas.

Niseggi Carlos, Tratamiento de las fracturas de la rótula (tesis) 46 páginas.

Rouco Manuel A., La disentería y su tratamiento (tesis) 47 páginas.

Sicardi Jacinto, Estudios sobre el tasi argentino ó (Morrenía Brachystephana) (tesis) 60 páginas.

Tessi Alberto, Neurastemia (tesis) 45 páginas.

Yones Amable, Alcantarillado de la ciudad de Buenos Aires (tesis) 69 páginas.

Lagleyze Pedro, Diagnóstico y correccion óptica de la refraccion estática. Un folleto de 102 páginas, edicion de 1893. Regalo del autor.

Roberts P. F., El estrabismo concomitante, Buenos Aires, 1893.

Hayem G., Leçons de Thérapeutique. Les médications (quatrieme et derniére série, 1893). Regalo del doctor Justiniano Ledesma.

Direccion General de Estadística Municipal

Defunciones ocurridas en la ciudad de Buenos Aires durante el mes de Diciembre de 1892

MORTALIDAD SEGUN SEXO Y ENFERMEDAD

ENFERMEDADES	SEXOS V.	M.	Total
A Afecciones generales			
1. INFECCIOSAS, CONTAGIOSAS Y MIASMÁTICAS			
Fiebre tifóidea	7	5	12
Viruela confluente	—	2	2
Sarampion	8	14	22
Escarlatina	2	—	2
Coqueluche	2	2	4
Difteria	21	19	40
Crup	6	6	12
Angina diftérica	4	3	7
	50	51	101
2. CONSTITUCIONALES Ó DIATÉSICAS			
Tisis pulmonar	39	24	63
Tabes mesentérica	3	1	4
Sífilis infantil	4	1	5
» en adultos	1	—	1
Cáncer	3	3	6
» del estómago	6	2	8
» del hígado	2	1	3
» del píloro	1	—	1
» del esófago	2	1	3
» de la cara	—	1	1
» del útero	—	2	2
» de la boca	1	—	1
» de la mama	—	1	1
» del cuello	3	—	3
» del riñon	1	—	1
» gastro epático	1	—	1
Reumatismo	—	2	2
Clorosis	1	—	1
Diabetes sacarina	2	—	2
Raquitismo	1	1	2
Leucocitemia	—	1	1
Enfermedad de Addison	1	—	1
Cloro anemia	2	—	2
Tuberculosis	16	14	30
» meningea	2	2	4
» peritoneo	1	—	1
» mesenterio	1	—	1
» intestinal	1	2	3
	95	59	154
B Afecciones locales, agudas ó crónicas			
1. ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO			
Congestion cerebral	15	8	23
Apoplegía	2	4	23
Hemorragia	6	7	6
Meningitis	62	43	105
Meningo-encefalitis	3	—	3
Encefalitis	1	—	1
Compresion cerebral	2	—	2
Derrame cerebral	2	3	5
Hidrocefalia	1	—	1
Mielitis	2	1	3
Reblandecimiento cerebral	2	1	3
Tétano traumático	1	1	2
» infantil	7	8	15
Eclamsia	—	2	2
Eclamsia infantil	3	3	6
Parális general progresiva	4	—	4
Alcoholismo	3	1	4
Abceso del cerebro	1	—	1
Edema del cerebro	1	1	2
Otitis	—	1	1
Morfiomania	—	1	1
	118	85	203
2. ENFERMEDADES DEL APARATO CIRCULATORIO			
Pericarditis	1	—	1
Endocarditis	4	2	6
Aneurisma	1	—	1
» de la aorta	3	2	5
Persistencia del agujero de Botan	—	1	1
Hemorragia	1	2	3
» umbical	1	1	2
Angina de pecho	1	1	2
Vicio orgánico alcorazon	25	18	43
Ateromasia arterial	2	—	2
Miocarditis	5	4	9
Hemorroides	1	—	1
	45	31	76
3. ENFERMEDADES DEL APARATO RESPIRATORIO			
			5
			29
Laringitis	3	2	56
Bronquitis	12	17	62
Bronco-neumonia	25	31	3
Neumonia	32	30	1
Pleuro-neumonia	1	2	6

ENFERMEDADES	SEXOS V.	M.	Total
Pleuresía	1	—	1
Congestion pulmonar	4	2	6
Asma	—	1	1
Edema de la glótis	4	—	4
Enfisema pulmonàr	—	1	1
Broneorragia	1	—	1
Apoplegia pulmonar	—	1	1
Hemoptisis	2	—	2
Gangrena pulmonar	1	—	1
Bronco alreolitis	2	—	2
Tumor laringeo	1	—	1
	89	87	176
4. ENFERMEDADES DEL APARATO DIGESTIVO			
Dilatacion del estómago	1	—	1
Dispepsia	1	—	1
Catarro intestinal	1	4	5
Parotiditis	—	1	1
Estrechez del exôfago	2	—	2
Gastritis	1	1	2
Gastro-enteritis	66	68	134
Atrepsia	26	23	49
Indigestion	4	2	6
Enteritis	41	23	64
Entero-colitis	8	12	29
Disenteria	2	1	3
Oclusion intestinal	1	1	2
Colerina	1	—	1
Peritonitis	7	12	19
Cólera infantil	3	—	3
Hernia	2	—	2
Hepatitis	1	1	2
Quiste	—	1	1
Parálisis intestinal	—	1	1
Hemorragia intestinal	1	—	1
Cirrosis hipálica	9	1	10
» mixta	1	1	2
Litiasis biliar	—	1	1
	179	153	332
5. ENFERMEDADES DEL APARATO GÉNITO-URINARIO			
Mal de Bright	2	—	2
Tumor del ovario	—	1	1
Uremia	3	2	5
Nefritis	6	2	8
Albuminuria	1	—	1
Hemorragia uterina	1	—	1
Pielo nefritis	2	—	2
Prostalitis	1	—	1
Hidrocele	1	—	1
Metro-peritonitis	—	3	3
	17	8	25

ENFERMEDADES	SEXOS V.	M.	Total
6. ENFERMEDADES DE LA PIEL Y TEJIDO CELULAR.			
Erisipela	2	—	2
Gangrena	4	—	4
Ecema difuso	1	—	1
Tumor del Recto	—	1	1
	7	1	8
7. ENFERMEDADES DE LOS ÓRGANOS DE LA LOCOMOCION.			
Mal de Pott	—	1	1
	—	1	1
8. AFECCIONES PUERPERALES.			
Fiebre	—	2	2
Hemorragia	—	1	1
Infeccion	—	1	1
	—	4	4
C Muertes accidentales ó violentas			
Asfixia por sumersion	1	—	1
» por sumersion	6	—	6
Heridas	8	1	9
» por arma de fuego	1	1	2
Ustion	5	1	6
Envenenamiento	—	2	2
Repentinamente	—	1	1
Intoxicacíon saturnina	1	—	1
Contusiones	1	1	2
Fraumatismo	1	—	1
Fractura del cráneo	2	—	2
	26	7	33
D Nacidos muertos ó muertos poco despues de nacer			
Debilidad congénita	12	13	25
Nacidos muertos	71	60	131
Icteria	1	—	1
	84	73	157

ENFERMEDADES	SEXOS		
	V.	M.	*Total*
E Sin clasificacion			
Accidentes de la dentición	1	—	1
Anemia	3	2	5
Ascitis	—	1	1
Consuncion	9	5	14
Inanicion	—	2	2
Septicemia	—	2	2
Senectud	4	4	8
Marasmo	2	2	4
Tumor	—	1	1
Sin especificacion	7	—	7
	26	19	45

RESÚMEN

VARONES	MUJERES	*Total*
736	578	1315

El fosfato de cobre en el tumor blanco

Saint-Germain emplea las siguientes fórmulas, en inyeccion hipodérmica, contra los tumores blancos:

1º. Fosfato de soda cristalizado..... 5 gramos
Agua destilada..... } aa 30 »
Glicerina..... }

2º. Acetato de cobre..... 1 gramo
Agua destilada..... } aa 20 gramos
Glicerina..... }

Mezclar las dos soluciones sin filtrar. Hacer inyecciones hipodérmicas con la jeringa de Pravaz, detrás del gran trocánter, profundamente, hundiendo del todo la cánula. Cuando se necesitan varias inyecciones, conviene separarlas de 15 dias.

Año XVI—1893 BUENOS AIRES Tomo XVI—Nº 3

Anales del Círculo Médico Argentino

MARZO DE 1893

LAS INYECCIONES DE EXTRACTO TESTICULAR

Revista general y resúmen de las experiencias practicadas en el Hospital Militar de Buenos Aires

Por el **Dr. Diógenes Decoud**

En 1869, *Brown-Sequard* emitió la idea de que era posible inyectar esperma, sin peligro, en las venas de los *viejos* del sexo masculino, y que se podria obtener en ellos manifestaciones de rejuvenecimiento para el trabajo intelectual y la potencia física. Basaba sus experiencias en la idea de que las glándulas tienen secreciones externas que suministran á la sangre principios útiles, y atribuia la senilidad al hecho de que las glándulas sexuales dejaban de secretar esos principios, dotados de una funcion tónica especial sobre las funciones de la médula y del cerebro.

La observacion y la experimentacion le habían demostrado algunos hechos interesantes. La castracion practicada en la infancia ó en la adolescencia, en el hombre, determinaba modificaciones evidentes en lo físico y en lo moral, como las que se notan en los eunucos; el abuso del coito ó de la masturbacion producia efectos análogos, en tanto que la continencia exajeraba las funciones de la médula y del cerebro hasta llegar á un estado mórbido. (1)

Veinte años despues, cuando hubo madurado bien su teoria, confirmándola en experiencias de mas ó menos éxito en los animales, *Brown-Sequard* viendo que su vigor decrecia gra-

(1) *Comptes rendus de la Soc. de Biologie.* Paris pág. 415, 1885.

dualmente y que el trabajo de laboratorio se le hacia cada vez mas penoso, resolvió ensayar en sí mismo la inyeccion del extracto de testiculo de cobaye. Desde el tercer dia todo cambió completamente: su constipacion habitual se corrigió, sus funciones vesicales se activaron, recuperó la fuerza muscular y la disposicion al trabajo, y mas que todo su fuerza intelectual, que á los 72 años de edad, apenas se mantenia por el poder de su voluntad. «He recuperado todo lo que habia perdido, decia luego, he rejuvenecido treinta años». Este resultado constituyó su primera publicacion.

Insistiendo en sus afirmaciones anteriores, en una segunda comunicacion á la Sociedad de Biologia (15 Junio 1890) *Brown-Sequard* afirmaba que sea en el adulto, ó en el viejo, el funcionamiento de los centros nerviosos está ligado á la actividad funcional del testículo—y se apoyaba en este hecho. Por su consejo: dos individuos de 45 y 50 años, cada vez que debian ejecutar algun trabajo físico ó intelectual se producian una viva excitacion sexual, pero evitando la eyaculacion, y la glándula testicular adquiria la actividad funcional pronto seguida del aumento deseado en la potencia de los centros nerviosos.

En la misma comunicacion agregaba que podia sustituirse á las inyecciones sub-cutáneas, los enemas rectales, sin el menor inconveniente y el mismo beneficio, á condicion de elevar suficientemente las dosis.

Pasada la primera impresion de alegre incredulidad que siguió á la revelacion de este curioso descubrimiento, el autor insistió en sus publicaciones. En tres años la experimentacion en las clínicas ha suministrado ya una buena suma de hechos en que hoy apoya su valor, y aunque todavia pasa por el período de prueba, no solamente sus indicaciones han aumentado considerablemente, sinó que tambien la teoria en que se basa el método ha adquirido una extension mayor. Así, se ha empleado en el hombre con éxito alentador el jugo de la glándula tiroides en el mixoedema (*Bouchard* 1887, *Fenwoick*, *Murray* 1891, *Wallace*, *Beatty* (1);—el jugo de la sustancia cortical del riñon en la uremia (*Dieulafoy)* (2);—el jugo pancreático en la diabetes flaca (*Comby*); la sustancia gris del cerebro en diver-

(1) *British Medical Journa'* 12 Mayo, 92.
(2) *Bull. Acad. Med.*, 1892.

sos estados neuropáticos *(C. Paul)* (1);—el extracto ovárico (*Brown*) y la espermina *Poehl* (2), *Tarchanoff*, *Maximovictch*, *Schichareff*, *Victoroff*, *Rotschinin*. (3)

Extendiendo aún mas sus investigaciones, *Brown-Sequard y Arsonval*, insisten en la nocion de que no solo las glándulas de todas las especies, sinó tambien todos los tejidos, desempeñan el papel de modificadores de la sangre, y que el acto de secrecion interna acompaña por doquier á los actos de nutricion. Ensayando en otras condiciones los extractos líquidos del bazo, del riñon, del páncreas, de la médula ósea, de las cápsulas suprarenales, de la glándula tiroides, del tejido muscular y sobre todo del cerebro y de la médula espinal, han podido inyectarlos bajo la piel, en el hombre, sin ningun inconveniente y á menudo con efectos terapéuticos muy importantes. Pero si el extracto de la tiroides ha producido efectos maravillosos en el mixoedema, y si se exceptúa éste, el extracto testicular ha obrado mucho mas favorablemente que cualquiera de los otros líquidos orgánicos en todos los casos en que se ha empleado comparativamente. (4)

Los mismos autores, considerando que el líquido testicular contiene los elementos que por una mitad al reunirse con ciertos elementos del ovario representan en gérmen todos los órganos con sus propiedades y potencias, ensayan actualmente la mezcla de esos extractos unidos, y *Brown-Sequard* ha experimentado ya en sí mismo el extracto líquido de la masa total de los órganos de pequeños embriones.

La accion fisiológica del jugo testicular está basada en la idea de que todas las glándulas, con conductos escretores ó no, dan á la sangre principios útiles sinó esenciales, cuya ausencia se hace sentir cuando han sido extirpados ó destruidos por una enfermedad, y extendiendo aun mas esta nocion, se piensa que los órganos no glandulares y las partes elementales distintas en el organismo animal, son como las glándulas focos de

---

(1) *Bull. Acad. Med.*, feb. 16, 92. Paris,

(2) *Acad. des Scienc. Paris*' 11 Julio, 92.

(3) *Revue des Sciences Med.*, Paris, Oct. 92.

(4) *Archives de Physiologie*, pág. 200, 1893.

produccion de algo útil, sea para otras partes ó para el sér entero.

Lancereaux, en una reciente publicacion, participa de esta teoria en cuanto se refiere á las glándulas vasculares sanguíneas. En su estudio clínico hace notar que las alteraciones ó la supresion del bazo ó del cuerpo tiroides, producen en la infancia el desarrollo incompleto de ciertos órganos y una profunda anemia, y en la vejez, tambien la anemia y otros síntomas que le acompañan. Las cápsulas suprarenales, el timo y la hipofisis tienen funciones igualmente importantes. «Todas estas funciones, dice el autor, son el resultado de una secrecion cuyo producto es recuperado por la sangre, puesto que las glándulas en cuestion están privadas de canales escretores.» (1)

En la senilidad, el líquido testicular obraria cambiando orgánicamente el estado de los músculos, de los nervios y de los centros nerviosos. Es *probable*, dice *Brown-Sequard*, que en los viejos la decadencia es fatal, pero así como se ha visto despues de una larga enfermedad que los músculos con alteracion orgánica han podido recuperar su estado normal, tambien los cambios orgánicos mas ó menos profundos que dependen de la vejez podrian desaparecer, ó por lo menos la accion del líquido detendria ó disminuiria la rapidez de las trasformaciones en la estructura de los tejidos ligados á los progresos de la edad. (2)

Vito Copriati, en sus investigaciones muy minuciosas, ha demostrado que el líquido obra de un modo favorable sobre el corazon, la respiracion y sobre todo, sobre la fuerza muscular y nerviosa. La fuerza muscular, medida en el ergógrafo de *Mosso*, ha demostrado una diferencia máxima de 2.343 kilógrámetros, bajo la influencia de las inyecciones. (3)

¿Cómo obra el líquido testicular en los estados patológicos? *Brown-Sequard* cree que actúa disminuyendo los reflejos mórbidos, porque para él, la facultad refleja está en razon inversa de la potencia de los centros nerviosos, y por consiguiente, los síntomas nerviosos que son reflejos, desaparece-

---

(1) *Semaine Medicale*, pág. 25, 1893.

(2) *Societé de Biologie*, Paris, 15 Junio 1890.

(3) *Annali di nevrologia*, Nápoli 1892. Citado en *Archives de phisiologie* pág, 754, 1852.

rán ó se corregirán á medida que la potencia de los centros aumente, quedando sin alteracion las lesiones orgánicas. «Es natural por consecuencia, agrega, que la fiebre, los sudores y la tos, que son fenómenos reflejos, disminuyan y desaparezcan, á pesar de la persistencia de la excitacion debida á las lesiones orgánicas pulmonares. La mejoria general de la nutricion en este caso, viene rápidamente bajo la influencia de las inyecciones del líquido testicular á agregar su accion á la que proviene de la disminucion de la excitabilidad refleja, (1) y esto á pesar de la persistencia de las lesiones». Es conocido el caso de Westphal, que ha encontrado todas las lesiones medulares de la ataxia, en un enfermo muerto de neumonia, despues de curado de todas las manifestaciones del tabes atáxico.

Peter, en un estudio reciente sobre la *Medicacion hipodérmica* (2) piensa que este líquido obra cualitativamente produciendo una accion inmediata y directa sobre las extremidades terminales del sistema vervioso y una accion refleja sobre los centros nerviosos, el gran simpático y los vaso-motores. Pero muy lejos de creer, agrega el mismo autor, que estas inyecciones están destinadas á producir excitaciones eróticas: dan vigor mas que virilidad; son tónicas y no lúbricas.

Crocq, de Bruselas, cree que no actúa sinó por el fósforo que contiene el estracto, y pretende haber obtenido los mismos efectos con el fosfato de soda disuelto al 1/50 en agua de laurel cerezo é inyectado á la dósis de 1 á 3 centímetros cúb. por dia.

La accion tónica que coloca al organismo en condiciones de luchar ventajosamente contra los agentes sépticos ha sido demostrada por las experiencias de *Owspenki* y las de *Nourry* y *Michel*. El primero de estos ensayó en cuatro perros: dos de ellos fueron preparados inyectándoles el líquido testicular diariamente durante diez dias, al cabo de los cuales recibieron dósis elevadas de bacteridios carbunculosos: no sucumbieron. Los otros dos perros testigos, sometidos al mismo experimento, pero sin la inyeccion de líquido testicular, perecieron en pocos dias.

Nourry y *Michel* en sus experiencias sobre igual número

---

(1) *Archives de Physiologie*, pág. 182, 1892.

(2) *Gazette des Hopitaus* pág. 1392, 1892.

de perros han observado esto. Despues de diez dias de preparacion, tomaron el pulmon de una vaca atacada de tuberculosis general en último grado y lo inocularon á los perros inyectados y á los perros testigos. Estos últimos no tardaron en morir;—los otros vivieron con aumento de peso, 500 á 1000 gramos. (1)

Henocque en sus ensayos del líquido testicular en los tuberculosos, ha observado que aumenta la proporcion de oxihemoglobina, y apoyado en este hecho, sostiene que el líquido obra como dinamogénico por intermedio del sistema nervioso. (2)

Algunos autores han atribuido el valor de las inyecciones á la espermina. De las experiencias de los médicos rusos, *Tarchanoff*, *Weljamiroff*, *Roschtschinin* y *Volorosky* parece deducirse que tiene una accion terapéutica bien definida y que produce una mejoria del estado general acrecentando el vigor y aumentando la presion sanguínea. *Poehl*, interpretando su accion, sostiene que sin ser un oxidante. determina una aceleracion de las oxidaciones tanto minerales como orgánicas por simple contacto. Sin embargo, los resultados de otros experimentadores son completamente contradictorios. *Luis Henry*, en sí mismo y en un número considerable de tísicos, paralíticos, debilitados y seniles no ha obtenido sinó hechos negativos. (3) En igual sentido han hecho publicaciones *Bock* por sus experiencias en los conejos y *Schultze* en los alienados. *Brown Sequard* no le atribuye ningun poder dinamógeno. (4)

Análoga objecion ha hecho á las experiencias de *Furbringer*, con motivo de su comunicacion á la Sociedad Médica de Berlin, en que este autor daba cuenta de sus resultados negativos con las inyecciones de esperma puro. (5)

Para *Brown-Sequard*, no es el líquido seminal el que obra. Él atribuye á las glándulas testiculares, así como al ovario,

---

(1) En las experiencias recientes de Bouchard, Charrin, d'Arsonval, Roger y Brown-Séquard no se ha obtenido esta inmunidad, probablemente por diferencia de dósis.

(2) *Archives de Physiologie*, pág. 45, 1892.

(3) *The New York medical journal*, July 1891.

(4) *Archives de Physiologie*, pág. 406, 1892.

(5) *Semaine Médicale*, pág. 263, 1891.

no solamente la funcion de secretar sustancias destinadas á la generacion, sinó tambien otras que estimulan el sistema nervioso dándole una fuerza nueva. Si con los extractos de otras visceras ó de sustancia nerviosa se ha obtenido una influencia fisiológica y terapéutica análoga á la del líquido testicular, es porque todas las partes del organismo en los animales machos vigorosos, no muy jóvenes ni muy viejos, están impregnadas de principios provenientes de los testículos. (1)

Lancereaux, basado en la observacion clínica, atribuye esa influencia á las glándulas vasculares sanguíneas, y cree sobre todo que la glándula tiroides desempeña un gran papel en el crecimiento general y en el desarrollo del cerebro particularmente. Así, en un caso reciente, en un niño que á consecuencia de la extirpacion de la glándula tiroides presentaba una retrogradacion de sus facultades mentales, lo trata ahora con cierto éxito con las inyecciones de jugo tiroides, presumiendo, sin embargo, que su mejoría será momentánea. (2)

Rubens Hirshberg, en un estudio reciente sobre los efectos fisiológicos y terapéuticos del extracto testicular, menciona accidentes locales y generales producidos por las inyecciones que fueron practicadas con líquido fresco, suministrado por el laboratorio de *Arsonval* y con todas las precauciones de antisepsia. Los accidentes locales consistieron en la exacerbacion pasajera de los síntomas en dos atáxicos, fenómeno que atribuye á la hiperemia del cerebro y de la médula. Los síntomas generales fueron de enflaquecimiento y de fiebre, y menciona con este motivo accidentes análogos que ha publicado *Bagroff*, de San Petersburgo. Por consecuencia él cree que el estracto testicular aún fresco, filtrado y esterilisado por el aparato de *Arsonval*, puede accidentalmente contener sustancias sépticas capaces de producir en el hombre una fiebre séptica. (3)

---

(1) *Archives de Physiologie*, pág. 201, 1893.
(2) *Semaine Médicale*, pág. 27, 1893.
(3) *Bulletin général de Therapeutique*, 15 oct. 1892.

Zienic, de Berlin, ha observado tambien la reaccion febril en cinco tuberculosos y un atáxico, y de sus esperiencias comparativas en sujetos jóvenes y sanos, deduce que en todas las enfermedades graves, los centros nerviosos reguladores del calórico están profundamente atacados y que su equilibrio se altera inmediatamente por las inyecciones sub-cutáneas de líquidos como la linfa de Koch, el extracto de Brown-Sequard y la leche esterilizada ó no. Pero estos líquidos no tienen la menor accion en los sujetos sanos (1).

La toxicidad de los extractos orgánicos ha dado lugar á numerosos experimentos. Los primeros ensayos habian siempre causado la muerte, salvo con los líquidos testiculares y ováricos. *Wooldridge*, *Foa* y *Pellacani*, *Ewald* y *Langendorff*, habian insistido sobre los peligros de las inyecciones intravenosas ó sub-cutáneas de extractos líquidos. Las mismas investigaciones de *Brown-Sequard* y *Arsonval* demostraron que la inyeccion en la sangre de los jugos extraidos del páncreas, riñon, cerebro, higado y pared estomacal, podian matar aun cuando la cantidad fuera poco considerable, siendo especialmente peligroso el extracto del riñon (2). Sin embargo, parece que estos resultados provienen únicamente de una manipulacion imperfecta en la preparacion de los líquidos, y estos ultimos autores, repitiendo esperiencias cuyo detalle prometen publicar, han inyectado en la vena y arteria auricular del conejo, cantidades relativamente considerables de extractos líquidos del testiculo, páncreas, riñon é hígado, sin perturbacion manifiesta (3).

En nuestras experiencias hemos podido confirmar parcialmente la ley de *Zienic*. En un canceroso, sumamente debilitado, la inyeccion de cuatro dósis de 1 c. c. en nueve dias, determinó una fuerte reaccion febril, de 40.5 grados, que continuó en forma remitente mientras se repitieron. Sin embargo, en otro canceroso y en dos tuberculosos igualmente muy debilitados, no se produjo con el mismo líquido y en dósis mucho mayor ningun movimiento febril. En cambio, la viva reaccion que se produjo en uno de nuestros atáxicos, con la inyeccion de líquido proveniente del laboratorio de Arsonval, y que se

---

(1) *Revue des Sciences médicales*—Oct. 1892.

(2) *Archives de Physiologie*, pág. 143, 1892.

(3) Id. id. Enero 1893.

manifestó bajo la forma de un atroz reagudecimiento de los dolores fulgurantes, escalofrios y elevacion de la temperatura, debe ser evidentemente atribuída al líquido, probablemente de preparacion muy antigua y en el que puede haberse producido la formacion de albúminas tóxicas.

Estos hechos, por no ser constantes, no pueden aun ser interpretados de un modo definitivo y es menester para poder apreciarlos, una mayor observacion.

La objecion de la auto-sugestion que *Feré* hizo cuando la primera comunicacion, *Brown-Sequard* la ha refutado con numerosas experiencias, y apoyado en las de *Variot*, asi como en las de *Mairet*, que inyectando el jugo testicular á los alienados, refractarios á la sugestion, ha obtenido sin embargo buenos resultados, en tanto que las de agua simple han quedado completamente ineficaces.

La *faith-healing*,—(la fé que cura)—seguramente tendrá su parte en los éxitos; pero eso vá por cuenta del enfermo. *Charcot* ha hecho notar recientemente en un interesante estudio (1) el valor de la *faith-healing* que cura las contracturas, las convulsiones y las parálisis, y también los tumores y las úlceras antiguas de cierta naturaleza, y á la cual él mismo ha debido recurrir, y consentido, dejando que sus enfermos fueran á los santuarios en voga, cuando él no ha podido inspirarles ese sentimiento, *dependant on idea*.

En las mujeres, en que, segun la expresion de *Lawson Tait*, todas tienen un fondo de histerismo (2) esta sugestibilidad es más acentuada; y así nos explicamos nuestro éxito rápido en dos casos de dispesia antigua que habia resistido á tratamientos anteriores durante mucho tiempo, en tanto que en un impotente, á la vez neurasténico, y por consiguiente, no justiciable de la sugestion, las inyecciones no hayan sido sinó de resultado parcial.

Esta credulidad, que en ocasiones tanto auxilia al éxito terapéutico, tiene su límite y su dominio. Si actúa por medio de las inyecciones, contribuirá mejor á su buen resultado;

---

(1) *Archives de Neurologie*—páj. 72. 1893.

(2) *Maladies des femmes*—Trad. Betnit. 1891.

pero esto será independiente de la accion definida de los extractos orgánicos que en distintas formas han demostrado las investigaciones de *Copriati*, *Grigoresku*, *Henoque*, *Zienic* y los esperimentadores rusos y americanos.

El tratamiento de diversas enfermedades por medio del líquido testicular sigue su periodo de prueba en numerosas clínicas, y puede reasumirse aproximadamente en los siguientes datos:

En la SENILIDAD, *Villeneuve*, profesor de clínica quirúrgica en Marsella, en once casos cuenta seis fracasos, uno dudoso y cuatro resultados positivos. Atribuye los fracasos á la decrepitud de los sujetos (1). *Loomis*, de Bellevue, en nueve sujetos ha comprobado el aumento de fuerza y vitalidad persistente muchos dias. *James Putnam*, de Boston, ha tratado con las inyecciones á un miembro de la Academia de Ciencias de París, y hé aquí lo que este sábio escribia despues á *Brown-Sequard:*—«Despues de la primera inyeccion me sentí más fuerte, pero conociendo la influencia de la imaginacion esperé para pronunciarme. Despues ya no he tenido duda. Me encuentro de tal modo activo y capaz de trabajar y luchar contra las pequeñas molestias de la vida, que me siento trasformado » (2).

En la forma de ALIENACION que se revela por el estupor, el profesor *Mairet*, de Montpellier, ha verificado que si bien el liquido testicular no atenúa en nada la afeccion en si mísma, regulariza la circulacion y la nutricion. *Marro* y *Rivano* en cuatro dementes han observado una mejoria en via de curacion, una mejoria durable, una mejoria pasajera y un fracaso. *Ventra* y *Fronda* en treinta alienados, crónicos, viejos, no han obtenido sinó resultados débiles y fugaces. *Vito Caprioti*, asistente del profesor Bianchi en el Instituto psiquiátrico de Nápoles, ha observado en cuatro alienados una modificacion real del estado mórbido, del estado psíquico y somático. (3) *Bayroff*, que ha hecho los ensayos de

---

(1) *Bulletin Générale de Therapeutique*—Oct. y Nov. 1892.

(2) *Archives de Physiologie*—páj. 182, 1892.

(3) *Annali di neurologia*, Nápoles, páj. 1 á 32. 1892.

un modo muy metódico, ha sido menos feliz y no ha observado mejoría en cuanto á la enfermedad; ha constatado por el contrario elevacion de la temperatura y disminucion del peso despues de las inyecciones, pero reconoce su valor en otras enfermedades, en la senilidad, escorbuto, diabetes, impotencia, atonia gastro-intestinal y afecciones del sistema nervioso central.

Es en la ATAXIA LOCOMOTRIZ que los resultados han sido mas evidentes. *Depoux* en dos casos de ataxia bien confirmados, ha visto bajo la influencia del tratamiento que sus enfermos recuperaron la facultad precisa de sus movimientos, y que quedaban como sanos (1). *Gibert*, del Havre y *Arsonval* de Paris, mencionan hechos análogos. *Owspenski*, de San Petersburgo, en cuatro casos, y *Grigoresku*, de Bukarest, en tres, han visto la desaparicion de los síntomas despues de 25 á 30 inyecciones. Este último en sus investigaciones ha confirmado con precision que bajo la influencia del tratamiento, la rapidez de la accion nerviosa mejoraba antes que los otros síntomas (2). En resúmen, *Brown-Sequard* ha reunido ya 56 casos de atáxicos, de los que solo 9 fueron refractarios al tratamiento (3).

En la TUBERCULOSIS, *Goizet* ha visto en tres enfermos que los síntomas desaparecian y que los pacientes ganaban en peso y notablemente en fuerzas. Esta mejoria tambien ha sido observada en 4 casos del servicio de *Cornil*, en 7 sobre 9 del servicio de *Lemoine*, en 4 de *Variot* y 5 de *Dumontpallier*. *Owspensky* ha ensayado en 36 tuberculosos: en 9 no dió resultado porque ya se encontraban in extremis, pero en los otros la mejoria fué muy acentuada. *Henocque*, experimentando en 22 enfermos, comprobó el aumento de la oxi-hemoglobina y la regularizacion de la actividad nutritiva. *Zienic*, de Berlin, no ha observado sinó una accion calmante de la tos y algun sueño.

En otras enfermedades, la mejoria ha sido mas ó menos acentuada y aun curada, y así se mencionan dos casos de caquexia palustre (*Brown-Sequard*), 21 de cáncer (*Brown-Sequard y Labrosse*), en la parálisis agitante (*Variot*), en la incontinencia

---

(1) *Societé de Bioliogie*—Paris.—4 y 18 Junio—1892.

(2) *Comp. rend. de la Soc. de Biologie*, 1891—pag. 411 y 550.

(3) *Archives de Physiologie*, pág. 207—1893.

de orina (*Arsonval*), en la lepra (*Suzor*), en la hemiplegia, (3 casos de *Waterhouse*, de Lóndres), en la paraplegia (*Goizet*). Segun una reciente publicacion, el profesor *Pampoukis*, de Atenas, ha tratado 31 enfermos diversos: los atacados de espermatorrea, insomnio, palpitacion, neurastenia y neurosis de la vejiga han completamente curado; en los impotentes 1 en 3; y los de hemiplegia, paraplegia, agarofobia y ataxia no han aprovechado nada (1).

El procedimiento de preparacion del líquido testicular ha pasado por trasformaciones sucesivas. Al principio consistia en la trituracion de las glándulas del perro ó del cobaye con la adicion de un poco de agua y filtracion al papel ó al través del filtro Pasteur (1889); eran inócuas las inyecciones, pero producian un dolor intenso que se prolongaba por ocho y doce horas.

Arsonval ha modificado despues el procedimiento de preparacion y esterilizacion de este modo: maceracion del testículo en fragmentos de un centímetro en tres veces su peso de glicerina durante 24 horas, al cabo de las cuales agregacion, tres veces el volúmen de la glicerina empleada, de agua hervida conteniendo un centígramo cúbico de cloroformo por litro; esterilizacion en el autoclave de ácido carbónico bajo la presion de 90 atmósferas (2). La agregacion de cloroformo tenia por objeto evitar el desarrollo ulterior de fermentos.

Sin embargo, los dolores así determinados eran aun bastante vivos y se producian congestiones y aun linfangitis, causados por la glicerina. La adicion del agua primero, y luego la de agua salada al 5 % evitan actualmente esos accidentes (3).

En cuanto á las glándulas empleadas, las del cobaye y del perro primero, las del carnero despues, han quedado eliminadas, y hoy los autores no emplean sinó las de toro, que dá un extracto poderoso, fácil de preparar y conservar mucho tiempo (4) La preparacion comprende ahora los siguientes tiempos: 1º. Dividir el testículo en 4 ó 5 pedazos; 2º. Hacerlo macerar durante 24 horas en glicerina á 30 grados á razon de 1 litro

---

(1) *L'Union Medicale*, pág. 789—1892.

(2) *Archives de Physiologie*, pág. 374—1892.

(3) *Archives de Physiologie*, pág. 599—1892-

(4) *Archives de Physiologie*, pág. 180 y 192—1893.

por kilógramo de testículo; 3º. Agregar agua salada al 5 % á razon de medio litro por litro de glicerina y dejar la maceracion media hora en esa mezcla; 4º. Filtrar al papel Laurent Nº. 8 y esterilizar el liquido filtrado sea por la filtracion á la bugia, sea por el ácido carbónico.

La cantidad de líquido abandonado á la glicerina por kilógramo de testículo es de 500 á 600 gramos. Por la adicion de agua salada se vuelve el título de la glicerina á 15 grados Baumé y se conserva en pequeños frascos.

Hemos hecho nuestras preparaciones con las glándulas de carnero, maceradas en glicerina y luego con la adicion de agua salada, esterilizando todo, matraces, cristalizadores, embudos, instrumentos y aun el papel de filtrar. En la primera preparacion, como careciamos de las aparatos de Arsonval, no usamos sinó el papel de filtrar, y en las dos últimas séries las bujías de aluminio. El liquido se ha conservado bien y la inyeccion hecha en esas condiciones no produjo sinó una débil reaccion local en dos ocasiones.

La inyeccion no produce dolor. En los atáxicos no determinaba ninguna manifestacion local; en los otros, casi siempre una sensacion intensa de prurito, que pronto desaparecia. En el mayor número de veces la inyeccion ha sido hecha en la region retro-trocantérea, y excepcionalmente en el abdómen ó en las espaldas, empleando la jeringa de Koch ó la jeringa de doble tubo de cristal, que se esteriliza aun mas fácilmente.

He ensayado el método de Brown-Sequard durante cuatro meses en catorce enfermos, de los que tres atáxicos, dos tuberculosos, dos cancerosos, dos impotentes, un senil precoz, un palúdico, un dispéptico, un hemiplégico y en uno de linfoadenoma.

La dósis y el tiempo de tratamiento ha sido variable en cada uno de ellos. Solo en los atáxicos, en el hemiplégico y en uno de los impotentes, las inyecciones se practicaron diariamente á la dósis de cuatro centimetros cúbicos. En los tuberculosos el tratamiento no duró mas de una quincena, con inyecciones tri-semanales de 1 á 3 c. c. En los demas el tratamiento fué de dos meses con dos interrupciones de cuatro á ocho dias y dósis de 1 c. c.

El liquido preparado las tres primeras veces, en la forma que he esplicado, se conservó sin alteracion, la primera vez veinte dias, las otras poco mas de un mes. Con él se hi-

cieron próximamente trescientas inyecciones, y no se produjo accidente local sinó en dos casos: en uno una ligera inflamacion en el punto de la inyeccion, que pasó en pocos dias sin necesidad de interrumpir el tratamiento; en otro una induracion poco dolorosa que prontó desapareció.

Con el líquido preparado la última vez, la série no alcanzó sinó á siete inyecciones y hubo que suspenderla porque determinó otras tantas induraciones, muy dolorosas, en algunos un poco inflamadas, que no disminuyeron sinó lentamente al cabo de tres á cuatro semanas. Despues se reconoció que la única causa de este accidente provenia del empleo de glicerina ácida.

Otro accidente ocurrió, en uno de los atáxicos, despues de la inyeccion de dos centímetros cúbicos de un líquido testicular que acababa de recibir de Europa en tubo cerrado.

Este líquido habia sido preparado por el método de Arsonval, filtrado y esterilizado bajo presion: sin embargo, agitando el tubo quedaban en suspension algunos copos ténues. La inyeccion se practicó con las precauciones usuales: cinco minutos despues, dolores fulgurantes muy intensos, escalofrio violento, ligera elevacion de la temperatura (38 grados), temblor, palidez. Estos síntomas persistieron dos horas.

En cuanto á los accidentes generales, no debo mencionar sino uno, en un canceroso caquéctico, en quien determinó alta temperatura, de forma remitente, persistente durante mas de una semana. En los dos tuberculosos, en quienes la fiebre se mantenia constantemente entre 38 y 38.5 grados, la temperatura no se elevó mas.

Las inyecciones no les producian ningun efecto tónico, y se quejaban por el contrario, de que en ellos determinaba una extraordinaria sensacion de postracion.

Las observaciones han sido hechas con minuciosidad y doy en seguida un breve resúmen de ellas, empezando con la historia de los tres atáxicos:

Observacion N°. 1—Hombre de 32 años, militar, casado desde hace 8 años. Ha tenido 4 hijos: uno murió de meningitis tuberculosa, los otros son de constitucion débil. A los 21 años tuvo blenorragia, bubon supurado y chancro indurado, al que siguieron accidentes secundarios de sífilis. La enfermedad actual data de 7 años: empezó bajo la forma de dolores fulgurantes que todavia persisten, cada vez mas intensos; luego endormecimiento en las piernas, dificultad en la marcha, debilidad de las facultades intelectuales, sin deseos genitales y sin erecciones.

Al exámen se constata la perversion del sentido muscular y de la sensibilidad, marcha atáxica, signos de Romberg y Robertson, desigualdad de las pupilas, ausencia del reflejo rotuliano.

A mediados de Setiembre empezó el tratamiento con las inyecciones de liquido testicular, diarias, primero á la dosis de 1 c. c. y un mes despues con 4 c. c., continuando así, con interrupcion de quince dias una ocasion, hasta los primeros dias de Enero. Despues de diez dias de tratamiento, el enfermo manifestó que notaba una gran mejoría, que los dolores fulgurantes habian cesado.

Octubre 15.—La marcha es mas fácil. El enfermo dice haber tenido poluciones nocturnas. Solo una vez se han repetido los dolores fulgurantes.

Los demás datos de esta historia son casi una repeticion de lo anterior. A mediados de Diciembre, la incoordinacion en los movimientos habia disminuido, á tal grado, que el enfermo podia bajar del tramway en marcha. La escritura presentaba poca diferencia de lo normal, cuando era hecha con los ojos cerrados, y no le era dificultosa la marcha cuando no miraba los piés. Habia mas sensibilidad, mas sentido muscular, pero persistia alguna desigualdad de las pupilas y la ausencia total del reflejo patelar.

Observacion N°. 2—Hombre de 34 años, militar, casado. Viruela á los 7 años, despues tifoidea. En 1875, enfermedades venéreas y sifilíticas con accidentes secundarios. Su enfermedad actual data de nueve años: empezó por la dificultad en la marcha, luego dolores fulgurantes, muy intensos y á veces prolongados por 3 y 4 dias. Debilidad intelectual, pérdida de la memoria.

Al exámen, incoordinacion en los movimientos, signos de Romberg y Robertson, ausencia del reflejo patelar, disestesia, desigualdad de las pupilas, anestesia faringea, integridad del sentido genital.

La inyecciones fueron practicadas á las mismas dósis que en el caso anterior, pero con menos regularidad y menos duracion. Al cabo de mes y medio la incoordinacion no era tan acentuada y los dolores fulgurantes habian casi esaparecido.

Observacion N°. 3—Hombre de 57 años, militar. Antecedentes sifilíticos, con los síntomas de la ataxia en grado muy avanzado. Las inyecciones, hechas con constancia, no produjeron en este caso ninguna modificacion apreciable. El enfermo, sin embargo, persistia en afirmar que se encontraba mejorado y mas fuerte.

En los dos primeros casos, en que la ataxia era de forma benigna, el diagnóstico fué basado principalmente en los signos de Romberg, Robertson y Westphal, siguiendo en la investigacion de este último el procedimiento de Jendrassik.

Bajo la influencia de las inyecciones, los enfermos notaron una mejoría bien apreciable, muy acentuada en el primero, y que persistia una quincena despues de suspendido el tratamiento. En el otro, la mejoría fué de igual modo sensible, pero en el tercero no fué probablemente sinó subjetiva.

Observacion N°. 4—Hombre de 27 años, soltero, buena constitucion. Sus padres viven sanos. Tiene un hermano neurasténico. A los 18 años, enfermedades venéreas y sifilíticas. Durante la adolescencia exceso de masturbacion.

Desde hace seis años impotencia, que notó la primera vez por la imposibilidad de eyacular. Hoy no experimenta mas ningun deseo genital. Conservado el reflejo cremasteriano. El sujeto presenta signos de neurastenia cerebro-espinal, caracterizada por el temblor, palpitaciones, sensacion de vacío en la cabeza y agarofobia.

Noviembre 10.—Se empieza el tratamiento con la dosis diaria de 1 c. c. aumentando luego á 2, 3 y 4 c. c. Quince dias despues el enfermo dice haber tenido poluciones nocturnas. Sin embargo, persistia el síntoma, no por ausencia absoluta de deseo genital, sinó por temor de no tenerlo, como pasa en la fobofobia. Las inyecciones siguieron con regularidad durante dos meses y no se consiguió sinó el resultado ya mencionado.

Observacion N°. 5—Hombre de 25 años, alto y de buena constitucion. Infancia sana. En 1887 blenorragia, prolongada bajo la forma de gota militar, cuatro años. Sirve en el ejército desde hace ocho años y soporta sin fatiga los ejercicios mas prolongados. Desde hace un año, disminucion del sentido genital, cada vez mas acentuado, sin ereccion. Existe el reflejo cremasteriano.

Noviembre 30.—El tratamiento iniciado á la dosis trisemanal de 1 c. c. dura solo quince dias. El sujeto manifiesta que desde la tercera inyeccion se encontró bien y que ha recuperado la integridad de sus funciones. No ha sido visto despues, por haberse ausentado á la frontera.

Luego, en dos casos de impotencia: un éxito y un fracaso parcial, porque en él habia vuelto el sentido genital; pero el sujeto, aunque reconocia su modificacion, dudaba del resultado positivo. Si las inyecciones habian producido algun efecto en la afeccion de que se quejaba, no habian modificado absolutamente su neurastenia.

Observacion N°. 6—Mujer de 30 años. Desde hace cuatro años sufre de dificultad en la digestion, á veces vómitos, gastralgia, eructos, pirosis. Ha sido tratada en diversas ocasiones con naftol, ácido clorídrico, gotas amargas de Beaumé, aguas alcalinas.

En este caso no investigué ni antecedentes, ni la enfermedad actual. Solo me dirigia al síntoma dispepsia. Las inyecciones fueron de 1 c c. tres veces á la semana en la region escapular. Duracion del tratamiento, dieciseis á veinte dias. Bajo su influencia los accidentes dispépticos se atenuaron y desaparecieron totalmente. La curacion persistió más de un mes, pero despues los síntomas han vuelto á aparecer, aunque no tan intensos como antes.

Observacion N°. 7—Hombre de 24 años, vendedor ambulante. A los 22 años enfermedades venéreas. Hace cuatro meses empezó á formarse en los dos lados del cuello pequeñas masas duras, actualmente muy voluminosas, adherentes, con infarto secundario de los ganglios del cuello y supra-claviculares. Estos tumores han determinado perturbaciones en la formacion, y tambien, por causa de compresion, dolor en los plexos braquiales irradiados en el trayecto de los nervios, ptosis y miosis en el lado izquierdo. Notable debilidad, anorexia, enflaquecimiento, palidez, leucocitemia.

El tratamiento duró un mes. Desde el primer dia el enfermo se sintió mucho mejor: el apetito volvió, los síntomas que tanto le molestaban se calmaron y se encontró fuerte y aun con disposicion al trabajo, que habia abandonado hacia cuarenta dias. Pero á la tercera inyeccion, se produjo un acceso febril, que llegó á 40 grados y que persistió ocho dias con remitencia matinal. Aún así, las inyecciones continuaron y con ellas la mejoría del estado general; sin embargo, como la fiebre seguia y empezaba á debilitar al enfermo, se suspendió el tratamiento. Pocos dias despues, todos los síntomas anteriores reaparecieron y siguieron acentuándose.

Observacion N°. 8—Hombre de 45 años. Cancroide del ano que data de tres años, propagado hoy hasta la mitad posterior de los muslos. Desde hace dos años no abandona el lecho. Extremado enflaquecimiento.

Bajo la influencia de las inyecciones á dosis de 3 á 4 c. c. el enfermo puede levantarse al cabo de pocos dias y pasear por la sala y por los corredores del hospital. Pero el efecto no pasó de esto, y despues de un mes, las inyecciones se suspendieron.

Abreviaré: Un caso de *senilidad precoz* en un hombre de 45 años. Con pequeñas dosis, continuadas á intérvalos durante dos meses, el efecto fué completo y persistente.—Un caso de *paludismo crónico* en un niño de 7 años, anémico, muy debilitado, sin apetito, bazo grande y en ocasiones reagudecimientos febriles: las inyecciones de 1 c. c. fueron diarias durante tres quincenas y produjeron un buen efecto tónico, en el sentido de la vuelta del apetito, de la actividad muscular y de la sensacion subjetiva de bienestar. Dos meses despues lo he vuelto á ver: no habia tenido sinó una repeticion de su acceso febril y su estado general habia mejorado notablemente.—Dos *tuberculosos* en último grado, muy extenuados, con fiebre contínua. Las inyecciones, continuadas quince dias, no produjeron ninguna modificacion, ni objetiva, ni subjetiva.—Un *hemiplégico* sifilítico con incontinencia de orina. Inyecciones de 3 á 4 c. c. diarias durante tres meses, con una interrupcion de quince dias: el enfermo aseguraba encontrarse mejorado, pero jamás pude constatar ninguna modificacion en sus síntomas.—Un caso de *linfoadenoma* del cuello. El tratamiento duró un mes, al cabo del cual la enorme masa ganglionar empezó á disminuir; pero como al mismo tiempo tomaba arsénico á dosis que llegaron hasta 110 gotas por dia, no podria atribuir exclusivamente esta modificacion al empleo de las inyecciones. Por el contrario, este enfermo, así como los dos tuberculosos, se quejaron siempre de que las inyecciones les producia una sensacion molesta de abatimiento y pedian con insistencia les fuera suprimida.

Estas observaciones se refieren á enfermos de muy distinta naturaleza, y si las apreciáramos en conjunto, podríamos decir que los resultados no han sido ni constantes, ni completos y solo parcialmente satisfactorios. Pero el poder tónico y dinamogénico de las inyecciones ha sido bien comprobado—11 veces en 14.

Considerado en detalle el análisis de los casos, no podria aún dar lugar á conclusiones, porque su número es demasiado limitado; no obstante deja prever que si bien actúa en diversos estados mórbidos, de un modo más ó menos acentuado, *su éxito es casi siempre limitado, llega á cierto grado y no persiste sinó mientras dura el tratamiento ó poco tiempo más.* Pero como su accion tónica sobre el sistema nervioso es manifiesta, su empleo podrá encontrar indicaciones múltiples y en ocasiones facilitará la evolucion favorable de ciertos procesos mórbidos. Es en los síntomas reflejos que esas indicaciones serán más numerosas y en los estados de debilidad. Yo mismo lo he empleado, cuando á pesar del cansancio he debido continuar por la noche mis trabajos de gabinete, y debo celebrar su buen efecto.

Reasumiendo en definitiva estas consideraciones, y las observaciones de los experimentadores europeos, podemos por el momento establecer estas conclusiones:

1.—La idea de las inyecciones de líquidos orgánicos, proviene de la nocion admitida de que las glándulas vasculares sanguíneas *(Lancereaux)*, los testículos y ovarios, y aun los órganos no glandulares *(Brown-Séquard)*, son focos de produccion de algo útil para el desarrollo del organismo, de la nutricion y del funcionamiento regular de las partes ó del todo.

2.—El líquido de extracto testicular, estimula el sistema nervioso y actúa en los estados patológicos moderando los sintomas reflejos é indirectamente los procesos mórbidos.

3.—Las inyecciones pueden producir ciertos accidentes generales, sea por septicidad del líquido *(Hirshberg)*, por albúminas tóxicas espontáneamente desarrolladas, ó por perturbacion de los centros termógenos en los individuos debilitados por enfermedades antiguas *(Zienic)*; pero estos efectos no son constantes en la misma série.

4.—En tanto que los éxitos han sido frecuentes en los estados

patológicos en que dominan los síntomas reflejos ó la debilidad de las funciones, los hechos negativos han sido constantes en los enfermos graves, caquécticos ó decrépitos, (*Villeneuve, Ventra y Fronda, Bayroff, Owspensky, Zienic, Decoud*).

Buenos Aires, 20 Febrero 1893.

SINFISIOTOMIA

Por el Dr. **Cárlos Niseggi**
Miembro corresponsal del Círculo Médico Argentino, en París

Muchas operaciones que habian sido ideadas hace años y algunas hace siglos y que tuvieron que ser abandonadas despues de poco tiempo, á causa de que antes que sus resultados pudieran vislumbrarse, la supuracion habia ya dado cuenta de los operados, vuelven, desde la aplicacion del método antiséptico á la cirujía, á ser llevadas á la práctica y los beneficios que con ellas reporta hoy la humanidad prueban claramente que no habia sido el manual operatorio la causa de los desastrosos resultados que habian obtenido nuestros antepasados.

Hasta hace poco tiempo puede decirse que los recursos de que disponia el partero para aquellos casos en que la expulsion del feto no podia efectuarse, debido generalmente á estrechez en los diámetros de la pelvis y en algunos casos mas raros al desarrollo exagerado del niño, se reducian á tres: en primer lugar la aplicacion de forceps con tracciones moderadas al principio y que cuando éstas no daban resultado, iban subiendo de grado hasta llegar á aquellas tracciones vigorosas efectuadas con toda la fuerza del operador y que hoy deben, segun Varnier, ser abandonadas.

Despues del forceps solo dos caminos quedaban por seguir: ya la operacion cesárea que hacia peligrar la vida de la madre, pues las últimas estadísticas de Leopold, que es el que ha obtenido los mejores resultados con esta operacion, acusan todavia una mortalidad de la madre del 12 %, ó bien sacrificar la vida del niño en favor de la de la madre, la basiotripsia.

Hoy parece que la dura alternativa en que se encontraba el

partero, entre matar un niño que viene al mundo lleno de vida ó hacer correr á la madre los peligros temibles de la operacion cesárea, encuentra su solucion en la sinfisiotomia, operacion que vuelve, desde hace algun tiempo, á llamar la atencion de los obstétricos europeos, debido á la iniciativa del Dr. Pinard.

La sinfisiotomia que fué practicada por primera vez en Francia en 1777 por un estudiante de cirujía llamado Sigault y que habia despertado en aquella época un entusiasmo extraordinario, fué mas tarde combatida por Baudelocque, quien llegó á sostener que con una separacion pubiana de menos de m. 0,03 las sínfisis sacro-ilíacas se rasgan y que esa separacion no traía aumento notable en los diámetros ántero-posteriores de la pelvis; agréguese á esto que, debido á la infeccion, los resultados obtenidos no respondieron en todos los casos á las esperanzas que se habian concebido en un principio y vemos así poco á poco á esta operacion desaparecer de la escena hasta quedar abandonada por completo. Solo en Italia y especialmente en Nápoles, Morisani y sus alumnos la practican desde hace algun tiempo.

Despues de experiencias repetidas, llevadas á cabo sobre cadáveres, por Pinard, con la colaboracion de Farabeuf y Varnier, con el objeto de apreciar las alteraciones que la separacion de las caras articulares que contribuyen á formar la sínfisis del pubis podia traer en las demás articulaciones de la pelvis se ha llegado á las conclusiones siguientes: con una separacion pubiana de m. 0.04 las sínfisis sacro-ilíacas no sufrian alteracion la mas mínima; llevada esta separacion mas adelante hasta m. 0.06 los ligamentos sacro-ilíacos anteriores se despegan ligeramente, los fuertes ligamentos posteriores resisten perfectamente. Volviendo luego á cerrar la pelvis se encuentra cierta dificultad para notar el ligero deslizamiento del ligamento anterior;—y,—punto capital—con esta separacion de m. 0.04 á m. 0.06 el diámetro ántero-posterior de la pelvis sufre un aumento de m. 0.02 á m. 0.035, con la particularidad de que este aumento es mas notable cuanto mayor es el grado de estrechez de la pelvis. Es teniendo en cuenta los resultados obtenidos en esas experiencias, que Pinard resolvió practicar la sinfisiotomia en su servicio de Baudelocque, y hoy hace próximamente un año que las embriotomias quedan relegadas allí á los niños muertos.

La sinfisiotomia es una operacion fácil en la generalidad de los casos; la sínfisis puede seccionarse sin temor de lesionar ni la vejiga, ni el peritoneo y sin necesidad de tener á mano gran cantidad de instrumentos: con solo un bisturí la operacion puede ser llevada á cabo; pero para mayor seguridad es siempre bueno tener á su disposicion separadores, pinzas hemostáticas y anatómicas, tijeras, etc., y sobre todo, recomienda Pinard, no olvidarse una sierra de cadena, por si se presentara uno de aquellos casos, excesivamente raros, en que la sínfisis se halla ankilosada y en los cuales sin la sierra de cadena se hallaria el cirujano imposibilitado para proseguir.

El método operatorio difiere muy poco entre los diversos operadores; algunos prefieren aún hacer la seccion subcútanea de la sínfisis para ponerse al abrigo de una probable infeccion, precaucion que hoy ya no tiene razon de ser. De los que hacen la seccion de la sínfisis á descubierto unos proceden de adelante atrás, otros en cambio de atrás adelante, así como algunos la efectúan siguiendo una direccion vertical de arriba abajo y otros en sentido inverso; esto como se comprende no tiene sino muy poca importancia: lo esencial es seccionar bien todos los ligamentos, pues solo de esa manera es como podrá obtenerse una separacion suficiente. El método que sigue el Dr. Pinard es el siguiente: tomadas todas las precauciones antisépticas y la enferma convenientemente dispuesta, incinde sobre el pubis siguiendo la línea mediana sterna, clitoridea, la piel y el tejido celular subcutáneo; esta incision tiene de m. 0.08 á m. 010 de extension y termina precisamente encima del clítoris donde le hace sufrir una ligera desviacion á un lado ú otro para no herir este órgano y sus vasos; separa en la parte superior de la herida los músculos rectos y puede penetrar así con el dedo en la cavidad pre-vesical y protejer la vejiga; hace entonces la seccion de la sínfisis de arriba abajo y de adelante atrás, reservando el fuerte ligamento subpubiano para el último, el que es tambien dividido con todas las precauciones para no herir el clítoris. Inmediatamente despues de esta seccion los pubis se separan de por sí, en la generalidad de los casos, de m. 0.02 á m. 0.03, efectuando la abduccion de los muslos se llega á obtener una separacion

hasta de m. 06. Bien comprobado que los pubis están libres y que la separacion obtenida es suficiente, cubre la herida por medio de una curacion provisoria como dice Pinard, deja de ser cirujano para volverse nuevamente partero y termina la extraccion del feto por medio de una fácil aplicacion de forceps, lo que un momento antes era absolutamente imposible

Luego vuelve á ocuparse de la sinfisiotomia, hasta obtener una coaptacion exacta de las superficies articulares de los pubis y sutura las partes blandas y los tegumentos. Una condicion que no debemos olvidar en la curacion es que la coaptacion de los pubis subsista, para lo cual debemos tratar de obtener una inmovilidad casi absoluta de la pelvis, lo que podrá obtenerse ya por la gotera de Bonnet, un aparato enyesado, un vendaje elástico ú otro cualquiera; solo así es como podrá conseguirse un éxito completo.

Durante este año se han practicado en Baudelocque 13 sinfisiotomias y los resultados obtenidos son de los mas satisfactorios: trece niños vivos, y las madres que fueron exhibidas todas en una de las últimas conferencias del Dr. Pinard, no presentan movilidad alguna en las sínfisis pubianas; el sistema génito-urinario no se halla alterado en lo mas mínimo y todas caminan perfectamente, habiendo empezado la generalidad de ellas á efectuarlo entre los 20 y 30 dias despues de la operacion.

De las 13 operadas, en una sola los diámetros de la pelvis eran normales y debió recurrirse en ella, despues de aplicaciones de forceps estériles, á la sinfisiotomia por el desarrollo exagerado del niño cuyo peso era de 4720 gr. y cuyo diámetro O M era de m. 0.142; en las otras 12 el raquitismo era manifiesto; el diámetro promonto sub-pubiano oscilaba entre m0. 085 á m. 0.10.

Tres eran primíparas; en las demás se habia recurrido en las preñeces anteriores ya á la provocacion del parto, habiendo obtenido en la generalidad de los casos niños sinó muertos, de vida poco duradera, ya á la basiotripsia.

De los 13 niños, tres perecieron mas tarde: en la primera sinfisiotomia que se practicó, debido quizás á no haber seccio-

nado totalmente el ligamento sub-pubiano, la extraccion del niño fué difícil y se produjo una fractura del parietal derecho, á consecuencia de la cual falleció al tercer dia; otro murió á los 12 dias por accidentes sifilíticos, y el tercero debido á que en la última parte de la operacion, una aplicacion irregular de forceps en el estrecho superior causó la fractura de uno de los parietales, á consecuencia de la cual sobrevino una hemorragia meníngea que causó la muerte al segundo dia.

La distancia de los pubis en el momento de la extraccion del feto ha oscilado entre m. 0.05 y m. 0.06; en un caso operado por el Dr. Varnier en que el desarrollo del feto era exagerado, la separacion llegó á m. 0.07.

Con el objeto de probar que es una operacion sencilla y al alcance de todos los cirujanos, de las 13 operadas 8 lo fueron por el Dr. Pinard, y las demás por sus asistentes Varnier, Lapage, Walich y Potocky

Examinando las relaciones que la sinfisiotomia tiene con las demás operaciones obstétricas, llega el Dr. Pinard á las siguientes conclusiones: con respecto á la basiotripsia, la sinfisiotomia es para esta operacion lo que ella es para el niño, su verdugo; le dá la muerte; ya no tendrá el partero que practicar aquellas operaciones que por mas razones que hubiera para su aplicacion, nunca dejaban satisfecho á su espíritu.

Respecto del parto prematuro provocado se efectuará menos que en las épocas anteriores y en mejores condiciones; se esperará una época mas próxima del término normal de la preñez, y en los casos difíciles podrá aún unirse el parto provocado á la sinfisiotomia, pues sabemos que cuando el parto provocado es efectuado entre el 7º y el 8º mes, el número de niños sino muertos, destinados á morir, es crecido.

Respecto de la operacion cesárea, viene á ser sustituida en la generalidad de los casos por la sinfisiotomia, que es una operacion más sencilla, más fácil y mucho menos peligrosa, tanto para el niño como para la madre.

Leopold, que obtenia tan preciosos resultados con esta operacion, ha empezado á reemplazarla ya en muchos casos por la sinfisiotomia. Quedan aún susceptibles de la operacion cesárea

aquellos casos en que el diámetro promonto-sub-pubiano es menos de m. 0.06, en los cuales la sinfisiotomia no seria suficiente; á mas aquellos casos en que la dilatacion del cuello uterino es imposible debido á la presencia de un cáncer indurado y aquellos en que el trayecto genital se haya obstruido por algun tumor, habiendo sido sin embargo, uno de estos casos operado de sinfisiotomia por el Dr. Lepage con resultados completamente satisfactorios.

Quedarian aún aquellos casos de pelvis viciadas en casi todos sus diámetros, la pelvis llamada de Nœgele, en la que la sinfisiotomia no daria resultado; para estos casos el Dr. Pinard ha ideado una nueva operacion, la ischio-pubiotomia que prometió dar á conocer en una de sus próximas conferencias.

Paris, Diciembre 15 de 1892.

UN CASO DE FOSFATURIA

Por Juan M. Ferrari
Interno por concurso del hospital Rawson

Al publicar este caso, me limitaré únicamente á la descripcion de la parte histórica, pues el Dr. Texo se reserva estudiar á su tiempo en los ANALES DEL CÍRCULO MÉDICO ARGENTINO, la parte científica de la «Fosfaturia» conjuntamente con otros casos de su clientela particular, curados por la simple dilatacion. Paso á narrar el caso:

N. N., de 33 años, soltero, francés, comerciante, entró al servicio del consultorio externo del Dr. Texo, en el hospital Rawson, á fines de Noviembre de 1892.

Antecedentes hereditarios:—Su madre padeció de histerismo durante muchos años, muriendo hace un año de insuficiencia mitral.

Antecedentes personales:—En Marzo de 1890 fué atacado de blenorragia, la que le duró tres meses, tratándose con copaiba.

En Diciembre de 1890 emitió por la uretra un cálculo de 8 milímetros de largo por 3 milímetros de ancho, de forma casi triangular, del color del yeso negro; mostrado que fué á un

médico, díjole que por la composicion se trataba de sales fosfáticas.

En Marzo de 1891 dedujo los preliminares de su enfermedad, por la observacion de sus orinas que estaban cargadas de un depósito blanquizco, las que hechas examinar por un médico reconoció en ellas, por el microscopio, sales fosfáticas; dicho médico le dió como primer tratamiento ácido benzoico en pocion gomosa y cocimiento estigma de maiz, mas tarde ácido cítrico y por fin le sometió á un régimen lácteo absoluto por ocho dias consecutivos, sin obtener ningun resultado.

En Mayo del mismo año, nuevo análisis de su orina; relacion del doctor que las examinó: orina muy cargada de fosfatos. Le dió como tratamiento, citrato de fierro 50.00 en un litro de vino blanco, despues cápsulas de esencia de trementina tomando en número de doce por dia, por fin 1 á 2.00 de ácido cítrico en pocion y 1.00 de ácido bórico en dos cachets, durante el dia. A pesar de todo continuó en el mismo estado.

En Octubre de 1891 entra á un hospital extranjero; se le hacen lavajes en la vejiga con agua boricada al 4 °/₀; durante estos lavajes desaparecen completamente los depósitos fosfáticos; orina límpida (normal); pero cesados que fueron los lavajes, volvieron á aparecer las sales fosfáticas.

En Diciembre del mismo año va á consultar á un médico especialista de un hospital municipal; se le analiza la orina y se encuentran sales fosfáticas; por el exámen físico y exploracion de la vejiga se diagnostica «Cistitis»; le dan como tratamiento instilaciones de nitrato de plata en la vejiga al 4 °/₀ durante mas de un mes sin ningun resultado; se le hace entonces lavajes de la vejiga con nitrato de plata al 1 °/₀ y al 1 1/500 durante mes y medio: ligera mejoria con intermitencias.

Duracion de esta mejoria, con emision más ó menos grande de fosfatos de tiempo en tiempo, hasta principios de Octubre de 1892 en que vuelven las orinas á presentar grandes cantidades de depósitos fosfáticos.

A fines de Octubre de 1892 vuelve al hospital extranjero á consultar al doctor especialista; le diagnosticó «especie de dia-

betes fosfatúrica»; el tratamiento que le dió fué: licor de Fowler 6 gotas; siempre grande abundancia de depósitos fosfáticos en la orina.

El 28 de Noviembre de 1892 viene al hospital Rawson á consultar al Dr. Texo. Al echar éste el ácido acético en la copa que contenia la orina (que dicho enfermo habia traído en un frasco) se produjo una espuma blanca que se desparramaba por los bordes del vaso como quizá no la hubiese hecho el mas rico y espumoso vino Champagne. Inmediatamente de cesar la espuma quedó la orina límpida y clara, lo que vino á demostrar al doctor la suma cantidad de sales fosfáticas que dicha orina contenia. Al practicar el exámen físico del canal uretral se encontró con que el explorador á bola núm. 14 salvaba una estrechez al nivel de la porcion bulbar.

Tratamiento:—El dia 1° de Diciembre de 1892 se le empieza á dilatar con los beniques núm. 27, 28, 29.

Diciembre 3:—Se le pasa los beniques núm. 29, 30, 31. No se nota ningun cambio en la orina.

Diciembre 5:—Las orinas están menos cargadas de fosfatos. Se le pasa los beniques núm. 31, 32, 33. Se le sigue dilatando dia por medio; á medida que la dilatacion avanza las sales fosfásticas disminuyen, de tal manera, que antes de llegar al último benique (núm. 60) las orinas se presentaban siempre límpidas, clarísimas y de un color pajizo dorado.

Concluida que hubo la dilatacion, el régimen á seguir que le aconsejó el Dr. Texo fué el siguiente: Coma Vd. lo que mas le gusta y evite de comer todo aquello que le desagrade.

El enfermo ha vuelto hace pocos dias y dijo hallarse completamente curado.

Buenos Aires, Febrero 23 de 1893.

UN CASO FELIZ DE OPERACION CESAREA *

Por el Dr. T. Gaillard Thomas

Profesor emeritus de Ginecología en el Colegio de Médicos y Cirujanos de Nueva York, y Cirujano Consultor del Hospital de Mujeres

El 24 de Enero de 1892, el Dr. J. J. Hull, vino á verme con el objeto de pedirme que practicase por él la operacion de la laparo-elitrotomía en una de sus pacientes que se hallaba en el hospital de niños de esta ciudad. Le contesté que, en vista de los excelentes resultados que se han obtenido estos últimos años con la operacion cesárea, no consideraba yo ya la laparo-elitrotomía como un procedimiento justificado; que cuando la preconicé y practiqué, las estadísticas de la operacion cesárea eran tan desfavorables que me creí justificado en mi defensa de la laparo-elitrotomía; pero que ahora, vistos los brillantes resultados que últimamente se han conseguido con el antiguo procedimiento le daba la preferencia, y me hallaba dispuesto á llevarlo á cabo en dicho caso.

Al visitar la paciente en compañia del Dr. Hull, encontré que era una enana inglesa de veinte años de edad, de 4 piés 5 pulgadas de estatura, que habia residido en Londres hasta hacia tres años en que inmigró á esta ciudad. Durante su permanencia aquí se ganó la vida trabajando de criada en una familia privada, y habia gozado de excelente salud. Se hallaba en cinta por primera vez, y el hijo era ilegítimo. Segun su cálculo, que habia hecho muy cuidadosamente, estaba segura que se cumplirian los nueve meses exactos en una semana más. Es una mujer de buena inteligencia, de una educacion bastante regular, y teníamos nosotros motivo suficiente, juzgando no solo por lo que ella decia, sino por los signos físicos de la preñez, el período de la desaparicion del flujo menstrual, y el de los prime-

* Traduccion del Dr. Agustin M. Fernandez de Ibarra, corresponsal del Circulo Médico Argentino en Nueva York.—(Tomado de la Gaceta médico farmacéutica, de esa ciudad.

ros movimientos del feto, para dar entero crédito á sus deducciones.

Las medidas y exámenes siguientes de la pelvis, cuidadosamente llevados á cabo por diferentes miembros de los médicos visitadores del hospital, solos y en consulta, dieron estas cifras: (*a*) distancia entre las espinas antero-superior de los huesos ilíacos, $8\frac{5}{8}$ pulgadas; (*b*) la divergencia mayor entre las crestas ilíacas era de $10\frac{1}{8}$ pulgadas; (*c*) el diámetro conjugado interno del estrecho superior, 2 5/6 pulgadas; (*d*) la columna vertebral era recta; (*e*) las extremidades de los huesos largos eran de gran tamaño.

Tomando en consideracion: 1º. El gran tamaño aparente y condicion vigorosa del niño; 2º. El hecho de que la terminacion del período de utero-gestacion parecia haber ya llegado; y 3º. La estrechez del diámetro transversal del borde de la pelvis, tanto el Dr. Hull como yo creímos que la operacion cesárea era mas apropiada en este caso, que hacer un esfuerzo para que se verificase el parto por la via natural, con la gran probabilidad de tener entonces que recurrir á la craneotomía, destruyendo la vida del niño y exponiendo á la madre á grandes peligros.

Pedimos una consulta con l os médicos visitadores del hospital, y, siendo ocho los votantes, el escrutinio resultó en favor de la operacion cesárea. Con el fin de aprovechar las contracciones normales del útero en el parto á término completo, quedó todo preparado para la operacion, y el interno en jefe del hospital tenia la órden de mandarme avisar, así como tambien á mis colegas, tan luego como principiasen los dolores del parto. Sorprendidos, esperamos cinco semanas justas, la paciente asegurándonos positivamente en todo ese tiempo, como todavia en la actualidad lo afirma, que ya iba á cumplir el término de diez meses de gestacion. Todo lo que tiene relacion con este caso me hace sentir seguro de que la parturienta, en esa firme creencia, se halla por completo en lo cierto.

La noche del domingo 28 de Febrero, á las diez fuimos todos llamados al hospital, y nos encontramos á la paciente ya muy próxima al primer período del parto. El orificio uterino tenia el tamaño de un peso de plata, el tapon mucoso de su cuello

habia ya salido, los pujos se sucedian con un intervalo de ocho á diez minutos, eran fuertes y de carácter bien marcado.

Antes de describir la operacion, debo manifestar que se habian tomado cuantas precauciones antisépticas se conocen en la ciencia, no habiéndosenos pasado por alto ni la mas insignificante. Esto me evitará la molestia de volver á hablar del asunto.

Habiendo sido colocada la parturienta en el decúbito dorsal de costumbre, y anestesiada con cloroformo, procedí á practicar la operacion en presencia del profesor William T. Lusk, y los doctores J. J. Hull, Lambert y Brattenall, y auxiliado por los doctores H. D. Nicoll, A. J. Mc Cosh, Hayt, el jefe de internos del hospital y Stewart Paton. La operacion consistió de las siguientes gradaciones:

1. Hice una larga incision, que se extendia como dos pulgadas por encima del ombligo hasta llegar cerca de la sínfisis del púbis, pasando á través de todos los tejidos y el peritoneo.

2. Puse tres suturas con seda, de doce pulgadas de largo, en la extremidad superior de dicha incision, dejándolas sin atar.

3. Suspendí entonces el útero de su cavidad abdominal, y, habiendo sido cuidadosamente envuelto en una toalla antiséptica húmeda, se lo puse en las manos á mi primer ayudante.

4. Coloqué una esponja grande y chata sobre los intestinos, en la extremidad superior de la incision, y cerré por encima de ella la pared abdominal, atando las tres suturas de seda que ya he dicho dejé sueltas en ese punto.

5. Pasé un pedacito de tubo elástico alrededor del cuello del útero, é hice un nudo sencillo con él, pero sin llevar á cabo ninguna constriccion.

6. Coloqué despues una esponja pequeña en el ángulo inferior de la herida; y el lugar que habia ocupado el útero en la cavidad addominal fué cuidadosa y completamente protejido contra la posible entrada de algun líquido, por medio de toallas y gasa antisépticas humedecidas.

7. Abrí entonces el útero, primero con un bisturí, y luego agrandé la abertura con las tijeras.

8. Cogí al niño por los piés, y lo saqué; el cordon umbilical lo aseguré con tenacillas (*clamps*), y lo corté; y el niño,

un varoncito vigoroso y de gran tamaño, se lo entregué al Dr. Hayt.

9. La placenta, que era de un tamaño poco comun, fué desprendida sin esfuerzo alguno, cayendo como fruta madura de un árbol, y dejando menos señal de su union con el útero que ninguna otra placenta que yo jamás he visto.

10. Habiéndose presentado una lijera hemorragia, el Dr. Mc Cosh ató la ligadura que yo habia puesto en el cuello de la matriz, y con esto cesó.

11. Limpié el útero con una esponja, y espolvoreé su cavidad con iodoformo.

12. La incision uterina fué luego cerrada con suturas profundas de seda, tres por pulgada, incluyendo todo el tejido muscular hasta llegar á la mucosa, y con suturas superficiales del mismo material, puestas en los espacios intermediarios, una en cada uno.

13. Volví á colocar despues el útero en el abdómen; quité las esponjas que dejo dicho puse en las extremidades de la incision abdominal; esponjeé perfectamente la cavidad peritoneal; corrí hácia abajo el omento por encima de la matriz, é inyecté extracto fluido de cornezuelo de centeno en el muslo de la operada con una jeringuilla hipodérmica.

14. Cerré la herida abdominal exactamente como se hace despues de una ovariotomía, usando suturas de crin de Florencia; apliqué el vestido antiséptico usual; dispuse que la operada permaneciera en cama, sin tomar ningun alimento ni bebida, y que en caso de sufrir mucho dolor el jefe de los internos del hospital le administrase la morfina, en inyecciones hipodérmicas, en dosis moderadas.

Durante la noche, el Dr. Hayt tuvo necesidad de hacer uso de la morfina tres veces, á consecuencia del dolor que sentia la operada; pero no se presentó ninguna otra novedad.

La historia de este caso en los dias subsiguientes fué tan poco notable, que no hay motivo para presentar aquí un cuadro de ella.

Al hacer el Dr. Hayt, el reconocimiento del niño encontró que tenia las siguientes medidas:

CRÁNEO

Diámetros

	Pulgadas.
Occipito-mental	5 $\frac{5}{8}$
Occipito-frontal	5
Sub-occipito-bregmático	3 $\frac{7}{8}$
Bi-parietal	4
Bi-temporal	3 $\frac{5}{8}$
Fronto-mental	3 $\frac{1}{2}$

Circunferencias

Occipito-frontal	14 $\frac{1}{2}$
Sub-occipito-bregmática	13

El niño media: de largo, 23 pulgadas; alrededor de los hombros, 5 $\frac{5}{8}$; alrededor de las caderas, 6 pulgadas. Pesaba 10 libras y 15 onzas.

REVISTA DE AUTORES ITALIANOS

Por el **Doctor D. Mantegazza de Tejada**

Socio corresponsal del CÍRCULO MÉDICO ARGENTINO en Firenze

ALGUNAS NOTICIAS ACERCA DEL BACILO DE LA INFLUENZA

Por el profesor G. Canestrini,—Padua

Pfeiffer, Canan, Kitasato, médicos de Viena y de Berlin, comunicaron á principios del año ppdo. (16 de Enero 1892) el descubrimiento casi contemporáneo del bacilo de la influenza. El médico militar Pfeiffer lo encontraba en las excreciones de los enfermos; Canon en la sangre, de manera que las comunicaciones de estos distinguidos cultivadores de la bacteriologia se confirmaban y completaban mútuamente, á tal punto que hoy ya no podemos dudar del descubrimiento del bacilo productor de la influenza.

El profesor Canestrini, aprovechando los trabajos de los auto-

res mencionados, iniciaba en Enero pasado experiencias al respecto, coadyuvado por su distinguido asistente, Dr. G. Catterina. Consiguió obtener el bacilo de la influenza, recogiendo la sangre de una vena del brazo de un influenzado, abierta con una lanceta esterilizada.

Obtuvo bellísimas culturas en el agar simple y glicerinado á la temperatura de 34° 77° c. Los bacilos de la influenza tambien se reproducen en el suero sanguíneo á una temperatura de 34° 37° c., pero crecen menos activamente y en menos número que en el agar.

No se reproducen sino á una temperatura superior á 28° c., por consiguiente no es posible obtener colonias en la gelatina animal (sólida) y en placas.

Él ha encontrado lo que habia afirmado el profesor Bruschettini de Bologna, es decir, que el bacilo de la influenza por la forma, recuerda el de la septicemia del raton. Canestrini ha empleado para la coloracion los líquidos de Zielh y de Löffler, pasando en todos los casos la preparacion por la llama.

Ha encontrado el bacilo de la influenza en los mismos líquidos, en los glóbulos de pus emitidos con el exudado. Con las culturas obtenidas ha hecho varias inoculaciones intravenosas y subcutáneas en un perro y en dos ratones blancos, pero no observó efecto alguno en estos ingertos. El profesor Canestrini trató entonces de infestar un conejo del modo siguiente:

Lo encerró en un cajon y, por una abertura, introdujo con un pulverizador cierta cantidad de polvo impalpable juntamente con bacilos de la influenza.

En el dia siguiente el conejo sufria una abundante secrecion nasal, mientras que otro conejo que servia de control, tratado del mismo modo, pero con polvo exento de bacilos, no presentaba aquel fenómeno. Repitió en los conejos las inoculaciones intravenosas y subcutáneas y encontró despues de la muerte numerosos bacilos en el hígado, y en menor número, en el corazon, riñones y en la sangre. Su asistente se sometió tambien por dos veces á inyecciones subcutáneas en el brazo con agua destilada y esterilizada, infectada con una cultura de tercera generacion; y se obtuvo todo el síndroma de fenómenos pertenecientes á la influenza.

El profesor Canestrini, en su nota, ha llegado á diversas conclusiones, de las que transcribo las mas importantes:

1) La forma bacilar ya caduca del bacilo de la influenza, se observa mejor en las culturas viejas que en las jóvenes.

2) El bacilo, además del contacto del aire, se desarrolla bien en contacto con el anhidrido carbónico y con el hidrógeno.

3) Se encuentra en los glóbulos purulentos, no menos que en los líquidos de la sangre.

4) La difusion de este microorganismo se verifica por medio de los esputos disecados y pulverizados, los que en sus glóbulos purulentos contienen el bacilo de la influenza, aun cuando el enfermo ó convaleciente pasea tosiendo por la calle.

LA EXALGINA EN LAS ENFERMEDADES NERVIOSAS Y EN LAS PSICOPATÍAS

Dr. Domingo Ventra, Vice-Director del Manicomio de Nocera

El autor ha experimentado la exalgina no solamente en los enagenados, sino tambien en varias formas de enfermedades nerviosas y dolorosas, con dósis que oscilan entre 30 y 80 centígramos al dia, divididas en dos ó tres tomas segun el caso.

Transcribo un cuadro bastante significativo que nos dá en su trabajo:

Enfermedad	*N. de casos*	*Exito*	*Fracaso*
Sciática	3	3	—
Neuralgia del trigémino	8	8	—
Neuralgia braquial	1	1	—
Neuralgia intercostal	5	4	1
Gastralgia	6	5	1
Histeralgia	2	2	—
Accesos anginosos recurrentes	1	1	—
Neuralgia posterior á influenza	7	7	—
Cefalea febril	2	—	2
Hemicranea	5	3	2
Dolores osteóscopos (Sifílide)	2	—	2
Gota	2	—	2
Total	44	34	10

Ventra, con esta pequeña estadística no ha hecho sino con-

firmar lo que sabíamos sobre la exalgina, es decir, que es un potente analgésico en las afecciones nerviosas.

Segun las doctrinas de Dujardin-Beaumetz, ha querido experimentar la exalgina en las psicopatías, especialmente en la frenopatía epiléptica.

Ha hecho sus experimentos sobre 28 enagenados con diagnósticos de Frenopatía epiléptica, Manía con furor, Lipemanía ansiosa, Melancolía alucinatoria.

Ventra ha encontrado que en los epilépticos la exalgina ha dado resultados absolutamente negativos, y al contrario, en la mayor parte de los casos ha producido un aumento en el número é intensidad de los accesos.

Tambien ha obtenido efectos negativos con la aplicacion mixta de la exalgina con el bromuro, y si se ha conseguido alguna mejoria no niega que se debe atribuir solamente á la accion del bromuro.

Habiéndose limitado Ventra á un corto número de casos, sus conclusiones no pueden tener sinó un valor relativo en lo que se refiere á las psicopatías. Reasumiendo nos demuestra:

«Que en las neuralgias la exalgina es un medicamento analgésico de efecto seguro.

«Que tiene un efecto menos activo sobre las cefaleas difusas, en las que se pueden obtener efectos más satisfactorios con el empleo de la antipirina.

«Que en la frenopatía epiléptica la exalgina ha dado efectos negativos, antes al contrario, ha dejado estacionaria la enfermedad, ó ha empeorado á los enfermos por la frecuencia ó intensidad de los accesos convulsivos, como por la agitacion post-epiléptica é irritabilidad del carácter.»

Segun Ventra, pues, quedaria confirmada la accion analgésica y no tendria base clínica la doctrina preconizada por Dujardin Beaumetz, es decir, su accion *anticonvulsiva y calmante.*

SOBRE LA ACCION FISIOLÓGICA DE LA FENOCOLA

Estudio experimental del Profesor M. Masso y Dr. Fagiuoli

Del Laboratorio de Farmacologia Experimental de la Real Universidad de Génova, ha salido un importante trabajo sobre la fenocola, por el Profesor Masso y Dr. Fagiuoli.

La fenocola ($C^6 H^4 <^{OC^2 H^5}_{NH\text{-}OC.\ CH^2 NH^2}$ ha sido reconocida como un antipirético que actúa especialmente en las formas reumáticas y neurálgicas. El profesor Albertoni de Bologna, en su trabajo «La fenocola en las fiebres maláricas», habia ya clasificado este nuevo medicamento como sucedáneo de la quinina.

La fenocola corresponde al amido-aceto-p. fenetidina ó paramido-acetilfenetalo.

Masso y Fagiuolo han estudiado el mecanismo de la accion de la fenocola, confrontándolo con el de la quinina. No solamente han experimentado sobre el hombre y animales superiores, sino que han extendido tambien sus observaciones sobre organismos inferiores. No puedo dejar de transcribir las conclusiones que ellos han deducido de su estudio experimental.

«La fenocola tendria una accion antiséptica y antifermentativa no muy importante é inferior á la de la quinina.

«La sangre no sufre por el empleo de la fenocola, las graves alteraciones consecutivas á la mayor parte de los nuevos piréticos.

«Las pequeñas dosis aumentan la actividad cardíaca y regularizan el pulso; las dosis elevadas producen una rápida parálisis del corazon, no tanto sin embargo como para no mantener vivos los animales superiores por medio de la respiracion artificial.

«Las inyecciones intravenosas de fenocola á dosis elevadas ocasionan fenómenos importantes en el aparato respiratorio:

«La sustitucion torácica por la abdominal; la aparicion de la respiracion periódica.»

Ambos fenómenos son de corta duracion por cuanto dependen de una alteracion funcional del sistema nervioso.

«A dosis mínimas obra favorablemente sobre los nervios y músculos.

«La fenocola obra como antipirética disminuyendo las combustiones orgánicas. No detiene el proceso infectivo ni baja la temperatura permanentemente (fiebre debida á infeccion séptica), puesto que despues de algun tiempo la temperatura vuelve á tomar su marcha ascendente.»

Esto será debido á la rápida eliminacion del medicamento;

en el término de veinte minutos la fenocola aparece en las orinas.

Se emplea bajo la forma de clorhídrato de fenocola.

Los autores en sus experiencias han considerado:

Dosis pequeña 0.70 cent. de clorhidrato de fenocola.
Dosis elevada 1 gn. 50 cent. » » »

CONTRIBUCION EXPERIMENTAL Á LA LEY DE ADAPTACION DE LOS MICROORGANISMOS Á LOS MEDIOS ANTISÉPTICOS

Investigacion del Doctor Arnaldo Trambusti, Ayudante de la cátedra de Patologia General de Firenze

El autor ha creído ofrecer una pequeña contribucion á la ley de adaptacion que Darwin coloca entre las leyes fundamentales de la seleccion natural, refiriéndose á la influencia que puede tener e medio sobre los seres infinitamente pequeños.

Basándose sobre el hecho demostrado por otros, de que hay microorganismos que resisten á temperaturas variadísimas, el Dr. Trambusti ha hecho una serie de experiencias no exentas de cierto valor.

La resistencia de algunos microorganismos no depende solamente de los diferentes grados de temperatura. La temperatura de 35° á 40° c., la mas favorable á la vida del protoplasma, es la que dá mayor número de propiedades especiales y diversas á los microorganismos.

El bacillus anthracis resiste segun estudios de Frisch á una temperatnra de 110° bajo 0° c.; los esporos del bacillus subtilis se desarrollan perfectamente aun despues de haber sufrido un cuarto de hora una temperatura de 100° c., y así sucesivamente.

La resistencia de los microorganismos depende tambien del grado higrométrico del ambiente, tanto que segun Brefeld, el bacillus subtilis puede resistir por tres años en un ambiente seco.

Trambusti en su trabajo ha estudiado tambien y verificado cómo la acidez ó alcalinidad del medio no consiguen destruir los microorganismos.

Segun sus experimentos, el pneumococo de Friedländer puede vivir y multiplicarse en caldos peptonizados á los que se agrega sublimado corrosivo en la proporcion de 1/2000. El autor, conforme á los estudios de Raulin sobre el aspergillus niger, tiende á demostrar cómo, dadas ciertas condiciones del ambiente, los microorganismos pueden experimentar cambios tanto en la forma como en la funcion que desempeñan. Ha repetido las experiencias de Wasserzug sobre el micrococcus prodigiosus, confirmando que la luz y el calor ejercen una influencia considerable sobre el poder patógeno de los microorganismos. Tambien ha vuelto sobre las experiencias de Kasviakoff, el que precisamente se habia propuesto estudiar la adaptacion de los microorganismos á los medios antisépticos, para observar si:—

«Los microorganismos pueden adaptarse á un antiséptico dado, y si una vez adaptados pueden adquirir un poder de resistencia mayor contra el mismo antiséptico.

«Si con el aumento de resistencia adquirido por una especie de microorganismos se obtiene á la par una modificacion en sus funciones.»

Los experimentos los ha verificado con el carbunclo, con el *mal rojo* de los cerdos, con el pneumococo de Friedländer, con el estafilococo piógeno aureo y con el cólera de los pollos, haciendo pasar cada una de estas especies cultivadas en caldo peptonizado puro, y con el mismo caldo adicionado de cierta dosis de sublimado corrosivo. El poder patógeno de estas culturas lo experimentó en conejos, ratones y en palomas, segun la especie del microbio.

Segun los resultados obtenidos, termina su interesante trabajo de este modo:

«1°. Los microorganismos tienen en general la propiedad de poder adaptarse á los medios antisépticos y adquieren contra estos medios una resistencia que antes no poseían.

Este aumento de resistencia no se observa en aquellos microorganismos que resisten mucho á la influencia del medio (cólera del pollo).

«2°. Los microorganismos patógenos, que tienen la propiedad de adaptarse á los medios antisépticos, se comportan de diversa ma-

nera respecto á la conservacion de su poder patógeno. Este, en efecto, en algunos se mantiene mientras persiste la vida del individuo; en otros el poder patógeno se pierde mucho antes, y se tiene por consiguiente una verdadera alteracion.»

La ischio-pubiotomía ú operacion de Farabeuf

En la sesion del 10 de Enero de 1893, de la Academia de Medicina de París, el profesor Pinard presentó una mujer atacada de pelvis oblícua oval con sinostosis ó anquilosis de la articulacion sacro-ilíaca del costado derecho, en la que tuvo que practicar una operacion nueva, la *ischio pubiotomía.*

Despues de cinco partos, que no pudieron todos llegar á término sino por maniobras operatorias, y de las cuales cuatro terminaron por la muerte de la criatura y una con la extraccion de un niño medio asfixiado que no vivió sinó cinco meses, esta mujer se hizo embarazada por la sexta vez. Fué entonces que se presentó para salir de cuidado en la Clínica Baudelocque reclamando de «cualquier manera un niño vivo».

Para llegar á este fin sin comprometer la vida de la madre, el Dr. Pinard se decidió, segun las indicaciones de Farabeuf, á practicar, comenzado que hubiera el trabajo, una ischio-pubiotomía.

Algunas horas despues de la aparicion de los primeros dolores, Pinard aserró sucesivamente la rama ischio-pubiana y la rama horizontal del pubis del lado anquilosado y á 5 cent. de la línea mediana. Se le aplicó en seguida el forceps de Tarnier sobre el estrecho superior y sin tirar, se puede decir, se trajo un niño vivo que pesaba 4 kilos.

La operacion fué relativamente fácil: no se encontró dificultad más que para pasar la sierra de cadena destinada á cortar la rama horizontal del pubis.

La separacion espontánea, en seguida de la seccion de la rama ischio-pubiana y de la rama horizontal del pubis, fué de 2 cent.; durante la extraccion llegó á 4 centímetros á lo menos.

Despues del parto no hubo que hacer suturas óseas, pues los huesos estaban en contacto.

Nos contentamos, dice Pinard, con hacer la sutura de las partes blandas y de colocar la parida en la cama especial destinada á las mujeres sinfisiotomisadas.

Las consecuencias operatorias fueron muy sencillas; la reunion de las partes blandas se hizo por primera intencion, y actualmente la mujer camina como antes del embarazo.

Ella cria su hijo que pesa hoy cerca de 11 libras.

En la sesion del 17 de Enero, Charpentier recordó que bajo el nombre de *pubiotomia*, Stoltz describió una operacion análoga á la ischio-pubiotomía de Pinard.

«En esta operacion, dice Charpentier, se secciona por el método subcutáneo uno de los pubis cerca de la sínfisis por medio de la sierra á cadena.

«Las dos porciones del hueso se separan inmediatamente y esta separacion puede ser aumentada casi á voluntad.

«Es, pues, á Stoltz que debe atribuirse el mérito de esta operacion; no siendo el procedimiento de Farabeuf mas que una modificacion del método preconizado por la primera vez por el decano de la obstetricia francesa.»

El profesor Pinard observó en la sesion del 31 Enero, de la Academia, diciendo que «la ischio-pubiotomía practicada por él, segun las indicaciones de Farabeuf, es una operacion bien diferente, pues que ella ha tenido por objeto y resultado hacer posible el parto á término en la pelvis oblícua oval, pelvis que ha sido hasta hoy el *noli me tangere* de los sinfisiotomistas. Dando á esta operacion el nombre de Farabeuf, he hecho, pues, simplemente, un acto de justicia y no he podido despojar á nadie.»

Charpentier replica que la asercion de Pinard de que «la ischio-pubiotomía es destinada especialmente á las mujeres atacadas de pelvis oblícua oval, y que parece creer que esta operacion debe ser la regla entre estas mujeres», no la considera fundada, pues «lo mas á menudo ellas pueden parir sin esto y piensa que tal intervencion no debe intentarse sinó como último recurso.»

Buenos Aires, Febrero de 1893.

Congreso Médico Pan-Americano

Reglas especiales para la remision de los trabajos

Nº 2.—La cuota de inscripcion de los asociados residentes en los Estados Unidos será de diez pesos, quedando exentos de ella los que residen en el extranjero. Cada miembro recibirá una tarjeta que acredite su afiliacion á la asociacion, y se le facilitará copia de los trabajos y deliberaciones que tengan lugar en las juntas.

Nº 3.—Los socios que contribuyan con sus trabajos deberán remitir extractos de los mismos, que no excederán de 600 palabras; y han de recibirse por el secretario general, á mas tardar el 10 de Julio de 1893.

Los extractos se traducirán á los idiomas inglés, francés, español y portugués, y serán publicados con anterioridad á la reunion del Congreso, para conocimiento y conveniencia del mismo; sin que puedan incluirse en el programa de los ejercicios los que no hubieren sido presentados en la forma compendiosa que se previene. La traduccion se practicará por el Departamento literario del Congreso, á peticion de los interesados. Se concederá tan solamente un término de veinte minutos para la lectura de cada uno de los trabajos presentados ante las secciones; y cuando fuesen de mas extension se leerán en extracto; pero podrán publicarse íntegros en las memorias de la asociacion, en tanto que fuesen aprobados por el co mité editorial.

Los extractos deben dirigirse por conducto de los secretarios de las secciones respectivas. Los escritos y debates se publicarán en el idioma en que hayan sido leídos y pronunciados.

Los escritos leídos ante las secciones se entregarán á los secretarios de la seccion correspondiente, y los presentados en Junta General se entregarán asimismo al secretario general. Toda discusion se consignará en escrito por aquellos individuos que hayan tomado parte en ella.

NECROLOGIA

El Baron de Lavradio.—La Academia Nacional de Medicina de Rio Janeiro nos ha comunicado el fallecimiento de su eminente presidente perpétuo el baron de Lavradio, ocurrido el 22 de Noviembre de 1892. Los grandes servicios prestados por este ilustre médico brasilero á su patria, á la ciencia y á la Academia, dice Lacerda en su comunicacion, le han merecido justos títulos á la gratitud y á la veneracion de sus colegas y de sus compatriotas.

Es una gran pérdida para la ciencia brasilera, y por ella enviamos á la Academia nuestra sincera condolencia.

El Profesor Hardy—Ha fallecido recientemente el profesor Hardy, jubilado, y presidente de la Academia de Medicina de París.

Jurado del Concurso Sud-Americano de Medicina

El Jurado que entiende en el estudio de los trabajos presentados al Concurso Sud-Americano de Medicina, ha quedado así constituido:

Presidente:	Dr. Enrique del Arca.
Vice-Presidente:	Dr. Emilio R. Coni
Vocal:	Dr. Ignacio Pirovano.
»	Dr. Luis Güemes
»	Dr. Pedro N. Arata.
»	Dr. Juan B. Señorans.
»	Dr. Facundo T. Larguía.
»	Dr. Julio Mendez.
»	Dr. Eduardo Obejero.
»	Dr. Gregorio N. Chaves.
Secretario:	Dr. Alejandro E. Amoretti.

El Jurado se ha dividido en sub-comisiones que trabajan activamente para llenar su cometido.

BIBLIOGRAFIA

Diagnóstico y correccion óptica de la refraccion estática por el Dr. *Pedro Lagleyze*, profesor de Oftalmología en la Facultad de Medicina de Buenos Aires, (1893).

Este es el título de un trabajo médico que viene á ocupar un lugar señalado entre las producciones de la ciencia nacional.

El Dr. Lagleyze, distinguido profesor, formado en la escuela severa del malogrado Dr. Aguirre, no se inicia en el mundo científico con esta obra, pues que sus escritos y sus métodos operatorios en la especialidad que cultiva son conocidos por los oftalmologistas de Europa.

Pero si es cierto que no es este su primer trabajo, es sin disputa el de mayor aliento, y basta recorrer sus bien nutridas páginas, para entrever en él al maestro preparado que domina la materia y que ha hecho cosecha propia, llegando á conclusiones que sufrirán la crítica de los hombres de ciencia, quienes reconocerán en su actor, no lo dudamos, á uno de los suyos.

Este trabajo ha sido leído ante la Academia de Medicina de Buenos Aires en el acto de la incorporacion del Dr. Lagleyze.

Principia haciendo un elogioso recuerdo de su maestro Aguirre, de quien fué el discípulo predilecto, recibiendo como legado la tarea de proseguir la enseñanza.

En una corta introduccion dá las razones de la eleccion del tema, á pesar de que otros bien interesantes y de palpitante interés, hubieran podido ser elegidos como la *patogénia* y la *anátomo-oftalmologia* en relacion con los adelantos de las teorias modernas.

Entra en seguida en materia y se ocupa de la *refraccion estática del ojo,* cuyos vicios estudia en sus múltiples variedades-haciendo gala de conocimientos en la materia que trata; pero en donde mas se detiene y estudia, es en el diagnóstico, al que dedica las mas brillantes páginas de su obra, y es en donde se manifiesta poseedor de su especialidad con conoci-

mientos propios adquiridos por la observacion constante y científica que ha podido hacer en su vasta clínica; en ella ha formado cuadros, que serán recorridos con interés por todos los que se dedican á la especialidad, y ha deducido conclusiones que servirán de axioma científico.

He aquí esas conclusiones:

1°. La operacion de la catarata, por los procedimientos de extraccion simple y combinada, dá idénticos resultados en cuanto á la direccion de los meridianos de mayor y menor refringencia.

2°. El meridiano principal de mayor refringencia es el horizontal.

3°. El meridiano principal de menor refringencia es el vertical.

4°. En ninguno de los procedimientos de extraccion simple y combinada, predomina en pró ó en contra el valor del astigmatismo.

5°. La refraccion del meridiano menos refringente, aumenta gradualmente dentro de límites muy estrechos, á medida que se aleja de la fecha de operacion.

6°. El meridiano mas refringente disminuye su potencia inversamente de lo que sucede en el anterior, con la particularidad de que la modificacion es notablemente mayor.

7°. El astigmatismo medio, entre el segundo y tercer mes, es aproximativamente de 4 dioptrias. Este valor indica solamente una etapa; el astigmatismo definitivo tiene lugar mucho mas tarde.

La correccion óptica ocupa muchas páginas de este libro y aquí, como en todo, está á la altura de su mérito.

La medicina argentina debe al Dr. Lagleize una de sus mas luminosas páginas.

El estrabismo concomitante por el Dr. *Pedro F. Roberts*, Buenos Aires, 1893. Como todo lo que lleva el nombre del Dr. Roberts, este interesante estudio será leído con provecho por los que se dedican á la Oftalmología.

Las teorías del autor están allí expuestas con claridad

y la erudicion de que hace gala asegura la bondad del trabajo.

La bibliografía médica argentina gana así con esta nueva produccion, y es de desear que este distinguido oculista continue sus publicaciones, siempre instructivas.

Tratado de medicina, publicado en París bajo la direccion de los doctores Charcot, Bouchard y Brissaud, y en castellano de D. Rafael Ulecia y Cardona, con la colaboracion de distinguidos profesores y con un prólogo del Dr. D. Amalio Gimeno y Cabañas. Esta notabilísima obra formará seis voluminosos tomos de variadas dimensiones.

El tomo tercero (un grueso y elegante volúmen de 972 págs.), últimamente publicado, comprende *Enfermedades de la boca y de la faringe*, por A. Ruault, traducido por D. Ramon de la Sota y Lastra.—*Enfermedades del estómago*, por A. Mathieu; trad. por D. Rafael Rodriguez Mendez.—*Enfermedades del intestino*, por Courtois-Suffit; trad. por D. Federico Olóriz Aguilera.—*Enfermedades del páncreas*, por A. Mathieu, trad. por D. Rafael Ulecia y Cardona.—*Enfermedades del peritoneo*, por Courtois-Suffit, trad. por D. Mariano Salazar Alegret.—*Enfermedades del hígado y de las vías biliares*, por A. Chauffard, trad. por D. Federico Toledo y Cueva.

Aparece esta importante obra por cuadernos de grandes dimensiones de 160 páginas, elegantemente impresos y con magníficos grabados. Precio de cada cuaderno, 3 pesetas adelantadas.

Se ha publicado ya el cuaderno 16.

Se suscribe en la Administracion de la *Revista de Medicina y Cirugia prácticas*, Preciados 33 bajo, Madrid, y en Buenos Aires en las librerias de los señores D. Ramon Espasa, Cerrito 174 y Bonmati y Cª.

Revista del museo de La Plata, por *Francisco P. Moreno;* Tomo III, un volúmen de 450 páginas con grabados intercalados en el texto.—Regalo del autor.

FORMULARIO

Pomada contra las *hemorroides* (Allingham):

Calomel	2 gramos
Clohidrato de morfina	0.15 cent.
Subnitrato de bismuto	aa
Vaselina	25 gramos
Glicerina	8 »

M.—Uso externo.

Pocion contra la *bronco-neumonia* de los niños (Sevestre):

Kermes mineral	0 gr. 05
Benzoato de soda	0 gr. 50
Agua de laurel cerezo	3 gr.
Julepe gomoso	100 gr.

Una cucharada de las de café cada hora; baños sinapisados; ventosas secas; y excepcionalmente vejigatorio; en caso de postracion, inyeccion subcutánea de éter y cafeina.

Pocion contra el *cólera infantil* (Cadet de Gassicourt):

Extracto de ratania	1 gramo
Julepe gomoso	40 gramos
Elixir peregórico	V gotas

Una cucharada de las de café cada hora. Dieta absoluta de alimentos, y como bebida, agua albuminosa ó una infusion de té.

Contra el timpanismo de la *fiebre tifoidea* (Nealey):

Agua caliente	90 gramos
Cloruro de sodio	30 »
Glicerina	60 »
Esencia de trementina	XXX gotas

M.—Para un enema. Se administra cada vez que el timpanismo se produce.

Direccion General de Estadística Municipal

Defunciones ocurridas en la ciudad de Buenos Aires durante el mes de Enero de 1893

MORTALIDAD SEGUN SEXO Y ENFERMEDAD

ENFERMEDADES	SEXOS V.	SEXOS M.	SEXOS Total
A Afecciones generales			
1. INFECCIOSAS, CONTAGIOSAS Y MIASMÁTICAS			
Fiebre tifóidea	12	11	23
Sarampion	1	8	9
Coqueluche	2	3	5
Difteria	14	17	31
Crup	6	1	7
Angina diftérica	3	1	4
Influenza	1	1	2
	39	42	81
2. SOLAMENTE VIRULENTAS.			
Infeccion purulenta	3	—	3
Carbúnculo	1	—	1
	4	—	4
3. CONSTITUCIONALES Ó DIATÉSICAS			
Tisis pulmonar	33	27	60
Tabes mesentérica	—	3	3
Escrofulosis	1	1	2
Sífilis infantil	2	4	6
» en adultos	1	1	2
Cáncer	2	4	6
» del estómago	3	—	3
» del hígado	3	1	4
» del exófago	3	—	3
» de la matriz	—	1	1
» de la lengua	3	—	3
» del útero	—	5	5
» de la faringe	—	1	1
» del cuello	1	—	1
» gastro epático	2	2	4
» de la oxila	—	1	1
» del pulmon	1	—	1
» del abdómen	2	—	2
Reumatismo	—	2	2
Tumor del abdómen	—	1	1
Diabetes sacarina	1	—	1
Leucocitemia	1	—	1
Tuberculosis	20	11	31
» meningea	1	1	2
intestinal	1	—	1
	81	68	149

ENFERMEDADES	SEXOS V.	SEXOS M.	SEXOS Total
B Afecciones locales, agudas ó crónicas			
1. ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO			
Congestion cerebral	5	8	13
Apoplegía	2	1	3
Hemorragia	10	2	12
Anemia	1	1	2
Meningitis	56	51	107
Embolia	1	1	2
Meningo-encefalitis	2	1	3
Encefalitis	1	1	2
Derrame cerebral	3	3	6
Hidrocefalia	1	—	1
Mielitis	1	—	1
Reblandecimiento cerebral	1	—	1
Tumor cerebral	1	—	1
Esclerosis cerebral	1	—	1
Tétano traumático	1	1	2
» infantil	8	9	17
Eclamsia	—	1	1
Eclamsia infantil	3	4	7
Parális general progresiva	3	1	4
Alcoholismo	5	—	5
Edema del cerebro	1	—	1
Otitis	1	—	1
Morfiomania	1	—	1
Edema	—	1	1
	109	86	195
2. ENFERMEDADES DEL APARATO CIRCULATORIO			
Pericarditis	—	1	1
Endocarditis	4	4	8
Aneurisma	5	—	5
» de la aorta	5	1	6
Persistencia de la de Bold	1	—	1
Hemorragia	2	—	2
» umbical	—	1	1
Angina de pecho	1	—	1
Vicio orgánico alcorazon	30	17	47
Ateromasia arterial	—	2	2
Miocarditis	2	—	2
	50	26	76

ENFERMEDADES	SEXOS V.	M.	Total
3. ENFERMEDADES DEL APARATO RESPIRATORIO			
Laringitis	—	1	1
Bronquitis	12	15	27
Bronco-neumonía	14	24	38
Neumonía	23	23	46
Pleuro-neumonía	5	3	8
Pleuresía	2	2	4
Congestion pulmonar	3	3	6
Asma	—	1	1
Edema de la glótis	2	—	2
Apoplegia pulmonar	2	—	2
Abceso pulmonar	2	—	2
Bronco alreolitis	2	—	2
Hemoptisis	1	—	1
	68	72	140
4. ENFERMEDADES DEL APARATO DIGESTIVO			
Dispepsia	1	—	1
Catarro intestinal	1	—	1
Extenosis del exófago	1	—	1
Gastritis	—	2	2
Gastro-enteritis	60	50	110
Atrepsia	22	18	40
Fiebre gástrica	—	1	1
Indigestion	3	1	4
Enteritis	25	27	52
Entero-colitis	7	11	18
Disenteria	2	2	4
Oclusion intestinal	3	1	4
Cólico intestinal	1	—	1
Enterorrágia	1	1	2
Peritonitis	4	4	8
Cólera infantil	1	1	2
Colerina	1	—	1
Hernia	2	—	2
Hepatitis	2	2	4
Icteria	1	—	1
Atrofia	1	—	1
Quiste hidatico del hígado	—	1	1
Abceso	2	—	2
Cirrosis	1	—	1
Cirrosis hipálica	5	—	5
Angina flemonosa	—	1	1
	147	123	270
5. ENFERMEDADES DEL APARATO GÉNITO-URINARIO			
Ovaritis crónica	—	1	1
Uremia	4	3	7
Nefritis	2	2	4
Pio salpingitis	—	1	1
Metro-peritonitis	—	2	2
	6	9	15

ENFERMEDADES	SEXOS V.	M.	Total
6. ENFERMEDADES DE LA PIEL Y TEJIDO CELULAR.			
Einfo-adenoma	1	—	1
Gangrena	1	2	3
Ecema difuso	1	—	1
	3	2	5
7. ENFERMEDADES DE LOS ÓRGANOS DE LA LOCOMOCION.			
Mal de Pott	1	1	2
Coxalgia	1	—	1
Ostes meslitis	1	1	2
	3	2	5
8. AFECCIONES PUERPERALES.			
Fiebre	—	1	1
Infeccion	—	2	2
Distocia	—	1	1
Consecuencia del parto	—	1	1
	—	5	5
C Muertes accidentales ó violentas			
Asfixia por suspension	1	—	1
» por sumersion	8	1	9
Heridas	7	1	8
» por arma de fuego	2	—	2
Ustion	1	1	2
Suicidio	1	—	1
Repentinamente	—	1	1
Intoxicacion saturnina	2	—	2
Síncope	1	—	1
Fractura del cráneo	5	—	5
	28	4	32
D Nacidos muertos ó muertos poco despues de nacer			
Debilidad congénita	8	9	17
Nacidos muertos	61	42	103
Espina bífica	—	1	1
Icteria	1	—	1
	70	52	122

ENFERMEDADES	SEXOS			ENFERMEDADES	SEXOS		
	V.	M.	*Total*		V.	M.	*Total*
E Sin clasificacion				Senectud	2	8	10
Anemia	2	1	3	Caquexia	2	—	2
Artófia	3	1	1	Marasmo	1	1	2
Consuncion	1	6	9	Astenia	1	—	1
Inanicion	1	3	4	Sin especificacion	1	2	3
Septicemia	1	—	1		14	22	36

RESÚMEN

VARONES	MUJERES	*Total*
622	513	1135

COMISION DE PEDIDOS

Esta comision se reune los miércoles y sábados de 3 á 5 p. m. en el Círculo Médico Argentino, 541 Viamonte, para atender los pedidos de libros, instrumentos, etc., que quieran hacerse á París.

El 22 de Marzo se hará un pedido, y la inscripcion se cerrará el 20 del mismo.

Año XVI—1893 BUENOS AIRES Tomo XVI—Nº 4

Anales del Círculo Médico Argentino

ABRIL DE 1893

FIBROMA UTERINO—OPERACION DE BATTEY

Por el doctor **Sebastian Mabit**

Cirujano del Hospital Frances de Buenos Aires

C. B., de 31 años de edad, sin ningun antecedente digno de notarse, casada hacen diez años, tuvo un parto normal hacen ocho años; hasta ha dos años gozó de una excelente salud.

Desde entonces comenzó á sentir peso en el vientre, dolores en la region renal y notaba sus reglas más abundantes, prolongándose por más tiempo que de costumbre. Los dolores contínuos y las pérdidas tomaron tal proporcion que la enferma tenia casi constantemente hemorragia, no podia dedicarse á sus ocupaciones, estando obligada á permanecer en cama la mayor parte del tiempo; su vientre aumentaba de volúmen constantemente, con frecuentes deseos de orinar.

Cuando yo la ví por primera vez al principio del mes de Noviembre ppdo., estaba en un estado lamentable; la decoloracion de la cara y de las mucosas le daban un aspecto caquéctico y apenas podia moverse, tal era la postracion.

Al exámen, la vulva y la vagina eran normales, el cuello del útero pequeño, duro é inmovilizado, los fondos de saco anterior, posterior y laterales, ocupados por un tumor duro de consistencia casi leñosa, enclavado en la pelvis; por la palpacion y el tacto

combinado se sentia este tumor subir á cinco traveses de dedo arriba de la sínfisis del pubis, siendo su superficie dura, lisa y redondeada; no podia imprimírsele ningun movimiento en ningun sentido; el histerómetro indicaba que el útero estaba en retroversion completa y su cavidad media 14 centímetros.

La duracion, la marcha, las hemorragias y demás síntomas, y el mismo exámen precedente, no nos dejaron ninguna duda sobre la naturaleza de la operacion que nos ocupa, tratándose de un fibroma situado en la pared anterior de la matriz.

Despues de haberla prevenido á C. B. que no se curaria sinó á condicion de que se sometiera á una operacion, le ordené el tratamento siguiente: reposo absoluto, inyecciones muy calientes, taponamientos vaginales, glycerinados, dos gramos de ergotina por dia, laxantes todas las mañanas y alimentacion sustanciosa.

Al cabo de tres semanas de este tratamiento y cuando las pérdidas se habian detenido y el estado general de la enferma se habia considerado levemente mejorado, pedí á mi distinguido colega el doctor Angel J. Villa, se sirviera acompañarme á examinar la enferma. Este nuevo exámen confirmó mi diagnóstico, y concluimos en la necesidad de una intervencion inmediata.

Nos habíamos decidido á practicar la histerectomia abdominal, pero la enferma, que es viuda y el único sosten de un niño de 7 años, nos suplicó que le hiciéramos la operacion menos expuesta que fuera posible, y nos decidimos por la de Battey; previniéndole de antemano á la paciente que esta operacion no siempre pone al abrigo de recidivas y que se exponia á tener que sufrir una nueva operacion dentro de pocos meses si la primera no daba resultado.

El 2 de Diciembre último, procedí á practicar la operacion antedicha en compañia del doctor Villa; despues de la abertura de la cavidad peritoneal, llegamos sobre un útero del volúmen de una cabeza de feto, en que la pared anterior habia sufrido una degeneracion fibrosa y sobre el ángulo izquierdo al nivel de la trompa, se encontraba un pequeño fibroma sésil del volúmen de una nuez.

Los anexos sanos fueron extirpados sin dificultad, pero los ligamentos anchos distendidos á causa del aumento de volúmen

del útero se cortaron con las ligaduras del pedículo, produciendo una hemorragia en napa, que necesitó algunos puntos de sutura contínua con cat-gut y las pequeñas soluciones de continuidad fueron tocadas con el termo-cauterio; una vez cohibida la hemorragia y hecho el toillet del peritoneo, se cerró el vientre por un solo plan de suturas con crin de Florencia.

---

3 de Diciembre.—Temperatura normal, pulso débil; la enferma vomita frecuentemente; hemorragia uterina, de mediana intensidad; hielo, cognac, agua de Vichy; saco de hielo permanentemente sobre el vientre, cateterismo vesical.

4 de Diciembre.—Los vómitos han desaparecido, quedándole aún algunas náuseas; igual tratamiento; leche con agua de Vichy; pocion con un gramo de cafeina. La hemorragia continúa; un poco de cistitis; temperatura normal; el pulso se levanta algo.

5 de Diciembre—Temperatura y pulso normal.—La hemorragia disminuye.—La enferma se queja de los dolores ocasionados por la cistitis; instilaciones de algunas gotas de una solucion de nitrato de plata al 2 o/o; un poco de dipsnea, nada en el corazon ni pulmones; inhalaciones de oxígeno.

6 y 7 Diciembre—Igual estado y mismo tratamiento.

8 de Diciembre—La hemorragia interna ha cesado.—Los síntomas de la cistitis han disminuido. — La enferma come un poco.

9 de Diciembre—Se sacan los puntos de sutura; reunion por primera intencion; eritema iodofórmico.

12 de Diciembre—Época habitual de las reglas; la enferma pierde en poco su blanco, sin dolores.

31 de Diciembre—La enferma no experimenta ningun dolor en el vientre ni en la region renal, quejándose solo de leucorrea.

Le propongo á fin de concluir su curacion, practicarle un raspado uterino.

1º de Enero—Examino á la enferma: el útero ha disminuido considerablemente de volúmen; se ha vuelto movible, el tumor que llenaba el fondo de saco anterior ha disminuído á la mitad; el histerómetro comprueba que el útero está siempre en retrover-

sion, pero la cavidad no mide mas de 10 centímetros; coloco una laminaria en el canal cervical y tapo la vagina con gaza iodoformada.

2 de Enero—La enferma ha sufrido un poco durante la noche á causa de la dilatacion; se le dá un poco de cloroformo y practico el raspado lo mas completamente posible, sacando una gran cantidad de fungosidades del ángulo izquierdo (punto en que se notaba anteriormente la presencia del pequeño fibroma); inyeccion de tintura de iodo.

Despues del raspado, todo queda normal; la enferma se levanta al sexto dia, sin pérdidas ni dolores, dedicándose á su vida habitual.

15 de Enero—La enferma se encuentra bien, nunca ha estado desde hace mucho tiempo mejor; solo de tiempo en tiempo experimenta una sensacion de calor que le sube á la cara y se siente algo nerviosa; 3 gramos de bromuro de potasio por dia.

2 de Febrero—Nuevo exámen: el útero está cada vez mas movible y se endereza un poco; el tumor del fondo de saco anterior ha desaparecido; histerometria: 9 centímetros.

1º de Marzo—La enferma continúa muy bien, no pierde mas despues del raspado; el útero es casi normal, se endereza no siendo sinó una retroversion en primer grado; la histerometria dá 7 1/2 centímetros.

La enferma puede considerarse como radicalmente curada.

Esta operacion detallada tiene una doble importancia, tanto por su marcha como por su resultado, porque pone en evidencia las ventajas que se pueden sacar de una operacion inocua como es la de Battey en manos de un operador antiséptico, permitiendo en todo caso mas tarde si su resultado no fuera satisfactorio poner en práctica la histerectomia abdominal (operacion radical, pero con mayores peligros como nos prueba la estadística) sin ningun inconveniente y aún con ventajas, puesto que la cavidad peritoneal toleraria mejor esta nueva intervencion.

Estas consideraciones me han inducido á poner de manifiesto la historia de esta enferma tan interesante en varios conceptos, sin pretender sinó anotar hechos que paso á paso sugiere la clínica.

Buenos Aires, Marzo 19 de 1893.

Dos casos de herida penetrante del abdómen, complicada con herida del estómago

Por **Nicolás D. Repetto**
Interno del Hospital San Roque

OBSERVACION I (1)

Francisco Ferrari, de 33 años, italiano, carrero, domiciliado en la Villa Ballester, recibió el dia 24 de Octubre del año pasado, una puñalada en el vientre. El hecho se produjo á las 3 p. m.; un cuarto de hora despues, el herido tuvo un primer vómito de materias alimenticias mezcladas con sangre, seguido de otros que fueron modificándose hasta hacerse biliosos. A las 9 p. m. de ese mismo dia fué conducido al Hospital San Roque.

Examinando el herido encontré: una herida incisa de la region deltóidea izquierda, una herida incisa de la cara posterior del ante-brazo izquierdo y una pequeña herida punzante de 1 ½ centímetros de largo, de direccion oblícua, situada en el reborde costal izquierdo en la línea para-esternal. El estado general del herido era el siguiente: pulso débil, moderado enfriamiento de las extremidades, respiracion tranquila, dolor intenso en el hombro izquierdo, vómitos biliosos.

Las heridas incisas de la region deltóidea y del antebrazo fueron tratadas como es de práctica: sutura y curacion antiséptica. La herida del abdómen, por su situacion, por la profundidad y por la direccion del cuchillo (dato suministrado por el herido) y por los vómitos de materias alimenticias mezcladas con sangre, la consideré penetrante del estómago y resolví practicar la laparotomía para hacer el tratamiento correspondiente.

Anestesiado el herido y preparado con todas las precauciones aconsejadas en estos casos, hice una incision de 10 centímetros,

(1) He intervenido en los dos casos á que se refieren las observaciones que publico, en calidad de practicante mayor de guardia, habiendo consultado préviamente al director del hospital toda vez que éste se encontró presente en el establecimiento.

pasando á un dedo por debajo y paralela al reborde costal izquierdo. Cortados los distintos planos hasta el peritoneo inclusive, apareció en la herida el gran epiplon con tendencia á hacer hernia; lo mantuve reducido por medio de compresas-esponjas montadas en pinzas. Introduje el índice en la direccion del estómago y exploré su cara anterior en la mayor extension posible; despues de un rato largo de exploracion encontré la herida que buscaba. Por medio de tracciones suaves traje el estómago hácia la herida exterior; entonces pude ver la herida de esta viscera. Estaba situada en la tuberosidad mayor, á igual distancia de ambas curvaduras; tenia un centímetro de largo y era de direccion vertical; la mucosa gástrica hacia hernia por la herida, no habiendo salido por ésta el contenido del órgano. Mientras un ayudante mantenía el estómago de modo de presentarme la herida, coloqué sobre ésta cuatro puntos de Lembert con seda fina; atados los hilos coloqué por precaucion otros cuatro puntos, en todo ocho puntos de Lembert dispuestos por mitades en dos planos. Realicé sin saberlo, lo que los alemanes llaman sutura de Czerny-Lembert. (1)

Lavé con agua filtrada y hervida la porcion de estómago que habia estado en contacto con nuestros dedos; reduje despues el estómago á su primitiva posicion. *Toillette* del peritoneo, sutura de la herida exterior con seda y en tres planos: peritoneo, músculos y piel; curacion antiséptica.

La operacion duró una hora. Se rodeó al enfermo de botellas con agua caliente y se prescribieron píldoras de ópio de 2 centígramos para tomar una cada dos horas.

Las consecuencias de la operacion fueron muy simples. Durante los tres dias subsiguientes tuvo vómitos, ligero tinte ictérico de las conjuntivas y dolor intenso en el hombro izquierdo; al cuarto dia todo esto desapareció y se permitió al enfermo que tomara leche, caldo y vino.

Al séptimo dia se sacaron los hilos: la reunion era completa, salvo en un punto del medio de la herida por donde parecia que se iba á eliminar la seda del plano muscular. En cuanto á la herida del estómago y estado general, podia considerarse curado.

---

(1) Traité de Chirurgie. Tome VI, pag. 404.

OBSERVACION II

Cárlos Pagani, de 27 años, italiano, mueblero, domiciliado en Buenos Aires, recibió el dia 27 de Febrero del corriente año, una puñalada en el vientre. El hecho se produjo á las 2 p. m.; poco despues tuvo un vómito de materias alimenticias. A las 3.30 p. m. de ese mismo dia fué conducido al Hospital San Roque.

Examinando el herido, encontré: una herida penetrante del abdómen, de 2 ½ centímetros de largo, situada inmediatamente á la derecha de la línea media y á cuatro dedos por encima del ombligo; la herida era de direccion transversal y salia por ella un pedazo pequeño de epiplon. En los movimientos de inspiracion salia por la herida abundante cantidad de sangre. El herido presentaba todo el cuadro sintomático de la hemorragia interna: pulso pequeño y frecuente, palidez extraordínaria de la piel y de las mucosas, sudores profusos y enfriamiento general.

En vista de la grave hemorragia, resolví practicar la laparotomía para hacer el tratamiento correspondiente.

Anestesiado el enfermo y preparado como es de práctica en estos casos, hice una incision de 8 centímetros en la línea media y por encima del ombligo, que comprendia los diversos planos hasta el peritoneo inclusive. Sin extraer ninguna víscera del abdómen, traté de descubrir el orígen de la hemorragia, pero no habiendo podido llegar á ningun resultado por este medio, me decidí á explorar el intestino sacándolo fuera del abdómen, facilitando tambien por este medio la exploracion de los órganos profundos. Al extraer el intestino delgado del abdómen, encontré una invaginacion intestinal típica, tal cual está descrita y pintada en los libros; la deshice suavemente con los dedos. La porcion de intestino invaginado no presentaba la menor alteracion; parecia de orígen reciente. A una corta distancia de esta invaginacion, encontré un tumor situado entre las hojas del mesenterio muy aplastado, de diámetros algo mayores que los de un huevo de gallina, de coloracion rojo-oscura y de consistencia blanda. Sobre este tumor encontré una pequeña herida de 1 ½ centímetro de largo, de la hoja correspondiente del mesenterio, por la que salia sangre en poca cantidad. Suturé esta pequeña herida y la hemo-

rragia se detuvo. El tumor parecia formado por sangre acumulada entre las dos hojas del mesenterio.

Prosiguiendo el exámen del intestino, encontré á una gran distancia de la lesion anteriormente descrita, otra herida del mesenterio que daba sangre en abundancia, á pequeño chorro; coloqué dos ligaduras con seda y la hemorragia se detuvo completamente. Esta herida estaba situada muy cerca del intestino.

En toda la porcion de intestino que fué sacada fuera del abdómen y cuidadosamente explorada, no encontré ninguna lesion; no encontré tampoco materias gastro-intestinales derramadas en el peritoneo. En la superficie de la sangre que salia de la cavidad peritoneal noté unas gotitas de un líquido parecido al aceite; no interpreté este hecho ni le atribuí importancia.

Detenida la hemorragia con las ligaduras y la sutura del mesenterio, creí prudente dar por terminada la intervencion, pues ella tenia ya una hora con 30 minutos de duracion.

Reduje los intestinos y el epiplon, que durante su permanencia fuera del abdómen habian sido rodeados con compresas hervidas tibias, sequé la sangre del peritoneo acumulada alrededor de la herida y cerré el vientre con una sutura á la seda en tres planos: peritoneo, músculos y piel. Curacion antiséptica. Se rodea al herido con botellas de agua caliente y se prescriben píldoras de ópio.

Por la noche una inyeccion de morfina para calmar los dolores de vientre.

Febrero 28—Mañana: pulso pequeño, 130 por minuto; dispnea, 34 respiraciones por minuto. Dolor al vientre y hombro izquierdo. Mucha sed; se le deja beber agua en abundancia. Se le sonda y retira unos 300 gramos de orina clara. Tarde: á las 2 p. m. empiezan los vómitos, el estómago no soporta nada. Pulso muy pequeño, 136 por minuto; 36 respiraciones por minuto.

Marzo 1°—Muere á las 6 a. m.

Autopsia—Al abrir el vientre se escurre una abundante cantidad de sangre espesa; el fondo de saco de Douglas estaba lleno de coágulos. Las asas intestinales estaban cubiertas de delgadas capas de sangre coagulada; no presentaban rugosidades ni exu-

dado inflamatorio. El intestino delgado y el grueso no presentaban lesion alguna.

En la tuberosidad menor del estómago, cerca de la curvadura mayor, se encontró una herida perforante del estómago, por la que hacia hernia la mucosa y salia el contenido gástrico. La pared posterior del estómago estaba tambien perforada. El peritoneo, que tapizaba las vísceras situadas alrededor de la herida del estómago, así como la parte correspondiente del diafragma, estaba espesado, rugoso, con adherencias y exudados.

El hígado y el bazo normales; no se encontró lesion vascular de consideracion.

Marzo 18 de 1893.

LA ANESTESIA CLOROFÓRMICA

EL MÉTODO DASTRE Y LOS ACCIDENTES CLOROFÓRMICOS

por el doctor **Diógenes Decoud**, Cirujano del Hospital Militar

Cuando me hice cargo del servicio de Cirujia del Hospital Militar, noté que la anestesia por el cloroformo producia en los sujetos un período de excitacion intenso, con frecuencia prolongado hasta cuarenta y cincuenta minutos, de modo que aun las intervenciones de poca importancia requerian un largo tiempo.

La excitacion era á la vez motriz y psíquica: desde las primeras inhalaciones el sujeto se agitaba, sus músculos se contraían, gritaba y vertia una multitud de expresiones, una logorrea de frases tristes, amenazadoras ó alegres. Aun en algunos que no eran antiguos alcoholistas la faz preanestésica era de una duracion molesta, aunque el cloroformo se administraba de una manera metódica, á pequeñas dósis.

Obtenida al fin la anestesia, ésta era interrumpida por estertores, variaciones del pulso, espasmos, cianosis y anomalias en la respiracion, y cuando el acto operatorio habia terminado, persistian las consecuencias de una abundante administracion de cloroformo.

Por causa de la molestia y el peligro á que exponia este modo de ser, quise entónces recurrir á un método que tendiera á evitar la excitacion y sus consecuencias, y pensé que la cloroformizacion asociada á la inyeccion de atropina y morfina podria dar buenos resultados. Era el procedimiento de *Dastre* y *Morat* tan pregonado desde 1883, cuando *Aubert* (1) presentó su estadística basada en millares de casos, y que despues ha dominado casi exclusivamente entre los cirujanos de Lyon.

Pitha primero (1861), luego *Harley*, en Inglaterra, habian usado empíricamente la atropina, asociándola al cloroformo en ciertos sujetos en quienes su estado de nervosismo ó debilidad daba lugar á temer un síncope.

Dastre ha hecho despues el estudio fisiológico del método mixto (2). Habia observado en sus experiencias sobre el perro, infinitamente mas sensible que el hombre al cloroformo, que moria casi siempre que se le sometia á la anestesia, (2 veces en 3), en tanto que con la inyeccion de la mezcla de atropina y morfina no habia visto morir ni uno solo de estos animales en su laboratorio en el espacio de diez años, desde 1878 á 1888 (3).

Este método estaba basado en las investigaciones fisiológicas de *Fr. Frank* y *Arloing*, de *Vulpian*, *Koch* y *Duret* (1881) sobre la accion clorofórmica.

De acuerdo con esas investigaciones, *Dastre* ha expuesto de una manera metódica los accidentes que puede producir el anestésico. Para él, de los cinco accidentes imputables al cloroformo, cuatro son consecuencia de la excitacion, en virtud de la ley general que establece, que el veneno que va á abolir las funciones de un órgano nervioso, empieza por exaltarlo.

El SÍNCOPE PRIMITIVO, cardíaco ó respiratorio, ocurre muy rara vez y se produce por irritacion refleja del pneumogástrico: la via centrípeta está constituida por el laringeo superior y el trigémino. *Laborde* ha demostrado recientemente este hecho, de un modo experimental, ante la Academia de Medicina de Paris. Para producir el síncope primitivo en el conejo, bastábale aproximar á las narices del animal durante

---

(1) *Soc. Biologie*, Paris, avril 1883.
(2) *Dastre*—Les anestesiques, Paris 1890.
(3) *Semaine Médicale*, pág. 317—1889.

algunos segundos una compresa impregnada con algunas gotas de cloroformo: el corazon se detenia entonces durante algunos segundos, por la accion irritante de los vapores del anestésico sobre las extremidades nasales del trigémino. Si este nervio es cortado el fenómeno no se produce (1). Analizando los accidentes primitivos, *François Frank* ha comprobado que la sofocacion puede resultar de la combinacion del espasmo laringeo, del de los pequeños bronquios y aun de los vasos pulmonares (2). *Rowell* y *Lister* han hecho observaciones análogas, y es este un punto sobre el cual los fisiologistas están de acuerdo; desgraciadamente es el único, y tambien el único que ha podido ser bien comprobado esperimentalmente. Pero esta prueba de laboratorio es la que relativamente menos interesa, porque excepcionalmente se produce semejante accidente en el hombre.

El SÍNCOPE SECUNDARIO, cardíaco ó respiratorio, síncope automático, segun la denominacion de *Dastre*, es de orígen bulbar y corresponde á un período mas adelantado de la cloroformizacion, en plena excitacion, cuando el individuo se agita, canta, rie y responde á las interpelaciones. Es el centro bulbar mismo, entonces, el directamente excitado, sea porque el veneno haya llegado á él en demasiada abundancia, ó que por condiciones especiales haya aumentado su excitabilidad. En este caso es por suspension primitiva de la funcion respiratoria y secundariamente de la funcion cardíaca que se produce el accidente final (*Laborde*).

Pero no es esta la única causa. Independientemente de la saturacion del bulbo por los vapores clorofórmicos, existen otras circunstancias capaces de producir accidentes. Antes de la anestesia completa, los reflejos siguen aún exaltados y entonces las excitaciones cutáneas pueden determinar sobre el pneumogástrico la misma accion de detencion que en el síncope primitivo (*Vulpian*).—*François Frank* cree aún mas, y ha observado esperimentalmente que despues del período de las violentas manifestaciones motrices y antes de la anestesia verdadera, los reflejos se producen con la mayor facilidad: es el momento peligroso, el que sigue á la excitacion. Son nu-

---

(1) *Bulletin de la Acad. de Médecine*, Paris 27 mai—1890.
(2) Id. id. 24 juin—1890.

merosos los casos en que el cirujano ha visto ocurrir accidentes en el momento de hacer la primera incision.

Otra causa del síncope cardíaco secundario, provendria de la accion directa del cloroformo sobre el músculo cardíaco mismo, como veneno circulando en sus paredes. *F. Frank* cree que esta es la verdadera causa y sostiene que el sistema nervioso central es estraño á los accidentes de intoxicacion (1). *Buxton*, anestesista del University College, de Londres, ha hecho un análisis minucioso de las experiencias publicadas á este respecto por los profesores *Shore* y *Gaskell* (2), y concluye diciendo que «cuando la respiracion persiste despues de la detencion del corazon,—cuando la respiracion artificial no logra volver la respiracion natural,—la muerte es debida á la accion directa del cloroformo sobre el corazon» (3). Una disminucion de la presion sanguínea siempre es anterior al accidente y esa disminucion constituye ya por sí sola un verdadero peligro.

En su último grupo figuran los accidentes producidos por la *intoxicacion clorofórmica*. El veneno ha atacado al fin la vitalidad de los elementos nerviosos y se produce la apnea tóxica, luego la parálisis cardíaca. Algunos accidentes producidos durante este período han sido atribuidos al shock operatorio; la comision inglesa del cloroformo que presidia *Lander Brunton* es completamente opuesta á esta idea: en ningun período de la anestesia ha podido deducir esa consecuencia en operaciones bien calculadas para producir el shock (*Hyderabad Report*, p. 17). Pero como lo observa *Dudley Buxton*, el anestesista no podria decir igual cosa de su práctica en el hombre.

En resúmen, los accidentes por el cloroformo serian fenómenos de excitacion, todos menos el de apnea tóxica, segun *Dastre*. Esta opinion es demasiado absoluta. En el síncope cardíaco secundario no interviene el sistema nervioso central (*F. Frank*) y para otros, éste seria mas bien un fenómeno de parálisis: el músculo-corazon pierde su ritmo y queda en dilacion aguda (*Mac-William*) (4).

---

(1) *Bulletin de la Acad. de Med.*, Paris, jul 1—1890.
(2) *British Medical Journal*, july 1892.
(3) *The Therapeutic Gazette*, set. 1892.
(4) Citado por *Buxton* en la conferencia en la *British Medical Association*, 1892.

Los otros accidentes, que son sin duda los mas numerosos corresponden á un orígen reflejo ó de excitacion.

Para evitar los accidentes iniciales, *Cl. Bernard* habia propuesto la morfina, pero ésta predispone á los síncopes respiratorios y puede aún, por accion directa, producir el síncope cardíaco. *Rabuteau*, luego *Laborde* (1890), han indicado la narceina; *F. Frank* la cocaina; *P. Bert* las mezclas tituladas, y la escuela de Paris pretende suprimir esos accidentes por el antiguo método de Labbé, la anestesiacion á dosis pequeñas y contínuas (1). Debo observar por mi parte que este modo de cloroformizacion no ha logrado el efecto deseado en los alcoholistas.

Como la mayor parte de los accidentes, reflejos ó no, son fenómenos de excitación y actúan por medio del pneumogástrico, *Dastre* y *Morat* habian propuesto la atropina, que por su accion especial equivaldria á la seccion del nervio, y á fin de evitar sus inconvenientes lo asociaban á la morfina. *Aubert* ha sido el primero en publicar los resultados de su práctica en el hombre y le reconoce las ventajas de seguridad, mayor rapidez para obtener el sueño, calma absoluta del enfermo, facilidad del despertar y simplicidad de las horas siguientes bajo el punto de vista del malestar y de los vómitos. Despues, los cirujanos de Lyon han adoptado la atropo-morfina cloroformisacion y parece constituir su método predilecto. Los cirujanos de Estados Unidos lo usan con frecuencia y el anestesista *Coplin* celebra su efecto en los alcoholistas, en quienes es tan prolongado el período de excitacion (2).

Aunque los efectos fisiológicos de la atropina son evidentes, se hacen algunas objeciones al método de *Dastre*. Cree *Laborde* que para obtener sus efectos seria menester recurrir á dosis peligrosas, y que en la forma propuesta solo obraria como sustancia antagonista de la morfina (3). *Verneuil* no vacila en declarar que es una innovacion funesta, temible y estremadamente peligrosa. *Routier* no ha notado ninguna diferencia con su empleo. *Terrier* y *Reynier* han visto perecer sus enfermos poco rato despues de la operacion, pero en

---

(1) *Baudouin—Gazette des Hopitaux*, juin 1890.

(2) *Therapeutic Gazette*, pág. 370—1892.

(3) *Semaine Medicale*. pág. 214—1890 y *Bull. de la Acad. de Med.* juin. 1881.

el caso de *Terrier*, el accidente podria mas bien ser atribuido al shock, pues se trataba de una nefrectomia, y en el caso de *Reynier* á la gran cantidad de cloroformo inhalada.

Mis observaciones me autorizan á celebrar la eficacia del método. He llegado á completar una série de 65 casos, de un modo sistemático; pero no recomendaria su uso bajo un plan semejante, porque todo método exclusivo está expuesto á fracasar ó á desprestigiarse.

Existe ante todo este hecho fundamental, que las susceptibilidades individuales son distintas en presencia de las sustancias tóxicas, sea el cloroformo, la morfina ó la atropina. Se sabe del cloroformo que es muy poco peligroso en los dos extremos de la vida, antes de los seis años y despues de los sesenta; el método siderante de *Saint-Germain*, no ha producido accidentes mortales en los niños, mientras que es estremadamente expuesto en el adulto; y todos vemos las diferencias para la anestesia, en cada sujeto, principalmente en lo que se refiere al tiempo que demora en producirse. Con la atropina hemos podido ver que estas diferencias individuales son aún mas acentuadas: en tanto que la dósis de tres cuartos de miligramo ha producido en algunos una aceleracion del pulso alarmante, hasta 160 y 180 por minuto; en otros no ha determinado ninguna modificacion y en algunos por el contrario lo ha hecho disminuir. En ciertos sujetos la exitacion ha sido larga y agitada, ó bien ha habido vómitos, durante ó despues de la operacion. La objecion de *Laborde*, de que la dósis inyectada es débil, tendria entonces cierto fundamento; pero esto forma á su vez el extremo opuesto. No podria pretenderse para cada caso consultar primero la susceptibilidad, porque en la generalidad los efectos de la inyeccion se notan, y si ocurren excepciones, éstas son parciales. El conjunto, sea en el individuo aislado, sea en el total de los individuos, es manifiestamente favorable, y hasta hoy, en millares de casos, no se ha señalado ni uno solo al cual pueda imputarse debidamente á este método mixto algun accidente mortal.

Si en muchos no habria necesidad de recurrir á la inyeccion prévia de atropo-morfina, puesto que la cloroformizacion gota á gota ha hecho sus pruebas y suprime bastante los accidentes molestos ó peligrosos, en cambio, yo creo que en otros sujetos, en los muy nerviosos, sobre todo en los que se aterrorizan ante la idea del cloroformo, y en los alcoholistas, su empleo

librará de muchos inconvenientes. Es en estos últimos que me ha sido posible comprobar sus ventajas, bien confirmadas en ensayos comparativos.

Nuestra série comprende 65 casos, sujetos de edad de 20 á 40 años, que han sido anestesiados por el método mixto. Habia pensado publicar los cuadros de las observaciones tal como han sido anotados en el Hospital, pero he preferido reservarlos para un estudio posterior y reasumir ahora lo más saltante del conjunto.

Las inyecciones han sido siempre hechas quince á veinte minutos antes de empezar la cloroformizacion, centímetro y medio cúbico de una solucion compuesta de clorhidrato de morfina 10 milígr., sulfato de atropina 0.005, agua destilada 10 gramos. Las observaciones se apuntaban desde ese momento, seguian durante la anestesia y se agregaban despues las ocurrencias hasta el dia siguiente.

No me ha sido difícil comprobar que la inyeccion de *Dastre*, actúa evidentemente sobre el período de excitacion, y que es ésta su accion más constante. Sin embargo, existen individuos en quienes la dósis es insuficiente, y así tuvimos un caso en que la excitacion duró 35 minutos, en tres 30 minutos, en dos veinte y en dos 15.

En 18 casos este período fué poco acentuado, y varió entre 1 y 5 minutos. En los demás de la série, en 39 casos, la anestesia se produjo gradualmente con toda tranquilidad.

El pulso presentó curiosas variaciones por causa de la atropina y segun las susceptibilidades individuales.

En 9 casos, á partir del momento en que se hizo la inyecion hasta aquel en que se empezaba la cloroformizacion, hubo un aumento de 5 pulsaciones; en 13 casos aumentó 10 pulsaciones; en 15 casos 20, en 11 casos 40.

En once no se produjo ninguna modificacion y en cuatro casos, por el contrario, bajó de 4 á 10 pulsaciones.

En dos casos el aumento fué brusco y alarmante: una vez subió rápidamente de 66 á 130, y otro de 90 á 160. En este último la dósis inyectada fué doble, por equivocacion.

En un corto número de sujetos, bajo la influencia del cloroformo, el pulso aumentó aún más, como se verá en el cuadro siguiente:

Antes de la inyeccion	Despues de la inyeccion	En el momento de la anestesia
72	100	115
72	80	120
94	108	160
82	120	140
90	108	120
120	140	180
76	105	120
110	140	150

El tiempo necesario para la anestesia está representado en las cifras siguientes:

1 vez en 5 minutos—3 veces en 7 minutos— 4 veces en 8—11 veces en 10 minutos—2 veces en 12—3 en 14—15 veces en 15 minutos—2 en 18—8 en 20—5 en 25—7 en 30—2 en 35—1 en 40—y 1 vez en 45 minutos.

Es decir, que próximamente las dos terceras partes han quedado anestesiadas antes de los quince minutos, otra tercera parte entre 20 y 30 minutos, y excepcionalmente á los 35, 40 y 45 minutos.

En casi todos los casos, la anestesia ha sido gradual, tranquila y universal, caracterizada por un sueño anestésico no interrumpido y de respiracion igual.

En dos casos la excitacion persistió, á pesar de la anestesia; en otros dos, hubo un período de contracturas generalizadas que se prolongó durante toda la operacion.

Un hecho que excepcionalmente se observa durante la cloroformizacion comun, ha sido relativamente frecuente en nuestra série, 7 veces en 65. Me refiero á la analgesia sin sueño, de modo que largas operaciones han podido practicarse estando el sujeto despierto y con la conservacion de sus facultades mentales. Respondian á las preguntas y se daban cuenta de la operacion que se practicaba, conservando solo una sensacion vaga de tacto. Algunas operaciones muy dolorosas, como las de fístula del ano y raclajes, se practicaron en esas condiciones.

El término medio de la cantidad de cloroformo empleado por hora ha sido de 21 centímetros cúbicos, pero observando en detalle, se nota una gran diferencia, que depende de la susceptibilidad individual de cada uno. Así, ha habido caso que no ha requerido más de siete c. c. en 65 minutos, mientras

que en otro se ha empleado la cantidad máxima de 50 c. c. en 70 minutos.

Se ha observado que las cantidades máximas corresponden á los casos de que se ha producido y prolongado el período de excitacion, y en todos la cantidad mayor de cloroformo se ha empleado en el período anterior á la anestesia. Una vez producida ésta, ha sido siempre posible mantenerla y prolongarla usando del anestésico en muy poca cantidad y á largos intérvalos. Con una práctica mejor observada, creo que será posible disminuir á quince centímetros cúbicos por hora el cloroformo empleado.

En cuanto á los accidentes de la cloroformizacion, no se menciona ninguno en la série, durante el período pre-anestésico. Los síncopes respiratorios, que suelen ser frecuentes bajo la influencia de la inyeccion de morfina, no lo hemos observado sinó una sola vez durante la anestesia. Dos veces ocurrieron vómitos en individuos que ya habian almorzado.

Como accidentes post-operatorios, no puedo mencionar sino uno grave, que debo atribuir mas bien á la operacion que á la cloroformizacion. Se trataba de un sujeto de constitucion fuerte, en quien se habia extirpado un enorme papiloma en coliflor, localizado en la parte anterior del ano y en el periné, y aunque la operacion se hizo muy rápida, la hemorragia fué abundantísima. Se le llevó á la sala, aun dormido y muy pálido: cinco minutos despues el guardian que permanecia á su lado observó que apenas respiraba: en ese momento el pulso era muy rápido y sumamente débil. Sin embargo, con fricciones cutáneas, estimulantes al interior y una inyeccion de alcanfor, pronto se normalizó.

El sueño ha persistido en el mayor número de los casos durante una y dos horas. En una tercera parte, durante la noche ha habido cefalalgia y náuseas; en un quinto ha habido vómitos durante la tarde y la noche. Al dia siguiente jamás se constató ningun accidente en los operados, imputable á la cloroformizacion.

Luego, cloroformizacion fácil y rápida, disminucion y aun supresion del período de excitacion, anestesia tranquila, ausencia de accidentes, tales son los resultados generales de la aplicacion del método de *Dastre* en nuestra série.

Habia iniciado posteriormente otra série sistemática de anestesias por solo el cloroformo, á fin de comparar sus efectos y notar mejor el cuadro de sus diferencias por el procedimiento anterior, cuando al llegar al décimo caso, se produjo desgraciadamente un accidente mortal. (1)

El sujeto no pertenecia á mi servicio y era la primera vez que lo veía. Hacia tres meses estaba en el hospital. Era un hombre de 25 años, de constitucion débil, que presentaba en la márgen del ano y en el periné un papiloma bastante extendido. Lo examiné antes de la cloroformizacion: el pulso latia con regularidad, 80 veces por minuto.

Un interno se encargó de administrar el anestésico: desde la primera inhalacion noté que los vapores del cloroformo le producian movimientos espasmódicos en el rostro, fenómeno que suele observarse con alguna frecuencia. A las diez menos dos minutos, (trece minutos despues de empezada la cloroformizacion), se inició el período de excitacion con cierta violencia. En este momento el pulso era fuerte, regular y no acelerado: otro interno vigilaba la circulacion. El sujeto seguia divagando, respondia á las preguntas y conservaba alguna sensibilidad.

Cinco minutos despues, preparaba ya los elementos de la operacion, cuando de pronto me avisaron que habia ocurrido una detencion brusca é instantánea de pulso. Me acerqué á la mesa: habia aún movimientos respiratorios débiles; el corazon no latia, las pupilas estaban dilatadas y se producia en ese instante una miccion involuntaria.

Algunos segundos mas y cesaron á su vez los movimientos respiratorios. Me dí cuenta en el acto de la gravedad del accidente y así lo hice notar.

Empecé entonces á practicar los movimientos rítmicos de la respiracion artificial: al cabo de tres minutos, la pupila se contrajo débilmente y pudimos observar algunas débiles inspiraciones espontáneas; pero el pulso no existia. Volví á las compresiones torácicas, con la cabeza en declive, sin resultado. Se hicieron inyecciones de éter, fricciones cutáneas. No se logró nada. Recien una hora despues fué suspendida la respiracion artificial.

---

(1) Agregados á los otros cinco ocurridos en dos hospitales de Buenos Aires: se el sexto en menos de un año.

La cantidad de cloroformo administrada, habia sido de 5 cent. cúb. á pequeñas dósis, contínuas.

En la autopsia se comprobó esto: corazon en sístole, con los dos ventriculos vacios, sin ninguna alteracion ni en las válvulas ni en el músculo; pulmones llenos de aire, congestion hipostática, sin ninguna alteracion orgánica; cerebro anemiado.

Ahora bien, la parálisis primitiva del corazon no se produce sinó en dos casos: en el síncope reflejo del comienzo, y en el segundo periodo, cuando el veneno actúa directamente sobre el músculo. Es á este último que corresponde este accidente.

Creí yo atribuírlo al principio á las irritaciones cutáneas que se acostumbra practicar para tantear la sensibílidad y que es tan susceptible de determinar reflejos, en ese período peligroso que media entre el final de la excitacion y la anestesia completa, sobre el cual tanto llama la atencion Fr. Frank; pero un conocimiento mejor de los hechos me hizo desistir de esa idea. En el síncope secundario por accion directa del veneno sobre los núcleos del peumogástrico en el bublo, la parálisis del corazon siempre sigue á la de la respiracion.

Aunque el cloroformo fué examinado, y como en todos los casos análogos se le encontró bueno, debo confesar que jamás pensé en atribuirle el accidente. Es este un recurso sobre el cual los cirujanos ya no insisten, y que no resiste al mas lijero exámen. En el mayor número de veces, cuando los accidentes son realmente graves, fatales, la verdadera causa escapa á nuestros medios preventivos. En nuestro caso, si admitimos las teorías y las demostraciones de los fisiologistas, ni aún el método de *Dastre* lo hubiera librado del accidente.

Los grandes accidentes del cloroformo ocurren por lo general, con un carácter de instantaneidad fulminante y sorprendente. Así fué en el caso de Fontana (1) y tambien en el caso de Pirovano (2). La muerte viene de golpe, de un modo irrevocable, y á cada vez se suscita de nuevo la cuestion de los métodos y de las responsabilidades.

Duret habia hecho el análisis de 132 accidentes mortales ocurridos desde 1865 á 1880; no pudo llegar á ninguna conclu-

---

(1) *Rev. Méd. Quirúrgica*—t. 23, pág. 198—Buenos Aires.

(2) Se produjo en el período de excitacion: el corazon cesó despues de la respiracion—*Anales del Círculo Médico Argentino*—t. VII, pág. 159—1884.

sion terminante, ni atribuir los accidentes esclusivamente al cloroformo impuro, á la duracion de las inhalaciones, al modo de administrarlo. Las circunstancias variaban para cada hecho y para cada individuo. (1)

En efecto, los antiguos procedimientos que hoy podríamos considerar excesivos, cuando se daba hasta 300 gramos por hora (2), no daban mayor mortalidad que hoy. *Syme* recomendaba humedecer la compresa en cloroformo, *Legouest* y *Sedillot* aconsejaban hacer inhalar á cada vez una fuerte cantidad; *Gosselin* con su método de intermitencias regladas, vertia á cada vez de 1 á 2 gramos, *Perrin* 5 (3); y sin embargo los accidentes no eran en mayor número que hoy, cuando solo en Inglaterra han publicado las revistas 33 muertes producidas por el cloroformo en dos años (4). En tanto, durante la guerra de secesion, en 80000 cloroformizaciones, no hubieron sinó 7 accidentes fatales; *Kœnig* llegó á 7000 cloroformizaciones sin un solo muerto, *Billroth* á 12.500, *Nusbaum* á 15.000, *Simpson* á 50.000.

Los díversos métodos han fracasado á su vez. *Gosse'in*, que culpaba los accidentes al modo de administracion, pudo ver antes de morir el abandono de las intermitencias regladas. El método de *P. Bert*, de las dósis tituladas de cloroformo y aire al 4 ½ por ciento, fué empleado por *Cloves* durante cinco años sin un solo accidente, cuando de pronto uno tras otro tuvo cuatro muertes. El dia que *Maurice Perrin* hacia en la Academia de Medicina de París (1882), el elogio del cloroformo purificado, *Trélat* comunicaba un accidente mortal, con ese mismo cloroformo, bien administrado.

Las estadísticas varían por lo demás de un tiempo á otro. He mencionado los hechos de *Billroth*, *Kœning* y *Nussbaum*, que no podrian decir lo mismo de la série siguiente. En ocho hospitales de Lóndres, desde 1848 á 1864, no hubo sinó un muerto en 17.000 cloroformizaciones, y en los cuatro años siguientes, 6 muertes, en la proporcion de 1 en 1950. Entre nosotros, desde 1884, no se mencionaba en nuestros hospitales ningun accidente fatal, mientras que últimamente en me-

---

(1) Contre-indications de la anestesie—1881.

(2) Tillaux—*Bull. de l'Acad. de Med.*—pág. 287—1882.

(3) *Bull. de la Acad. de Med.*—1882—Mars et Avril.

(4) Segun *Teale*, de Leedis, en *Britisth Medical Association*—59 session 1891.

nos de un año, la cifra asciende á 6, proporcion extraordinaria si se la considera aisladamente.

De todo esto no quedan sino tres puntos bien dilucidados:

a. El cloroformo es evidentemente peligroso en los individuos que sufren de una alteracion nutritiva del miocardio y ofrece su máximo de gravedad cuando esta se acompaña de insuficiencia aórtica ó tricuspídea. *(Fr. Frank).*

b. Los síncopes cardíacos primitivos (excitacion refleja, saturacion del bulbo, accion directa sobre el músculo) son siempre mortales y no hay recurso para contrarrestarlos. Teóricamente no existe sinó la excitacion eléctrica del segmento cervical de la médula (*Dastre*).

c. Los síncopes respiratorios, los mas frecuentes, los menos temibles, ceden casi siempre por la respiracion artificial ó la insuflacion directa con presiones rítmicas del tórax.

Las aplicaciones eléctricas serian en este momento del todo contrarias al objeto propuesto, porque las excitaciones periféricas de los nervios ejercen una accion moderatriz sobre el bulbo, que puede ser funesto en este momento (*Vulpian, Dastre, Laborde*). Los síncopes del tercer período, por intoxicacion, son evitables por la administracion económica del cloroformo. La observacion del pulso avisa el accidente, y en presencia del descenso de la presion sanguínea, *Rowell* y *Robert Kirk* llaman la atencion sobre el poderoso efecto estimulante de una esponja caliente aplicada sobre el periné (1).

c. Los métodos que segun las demostraciones esperimentales tienden á evitar los accidentes del cloroformo, son el de *Dastre*, el de *P. Bert* y de la administracion contínua gota á gota (*Peyraud*) ó con débiles dósis (*Labbé*). He expuesto ya las ventajas y las indicaciones del método de *Dastre*. El de *P. Bert* que nuevamente aconsejan algunos fisiologistas franceses como el que reune mas ventajas, requiere un procedimiento complejo. El procedimiento con la compresa á dósis débiles y contínuas, es hoy el adoptado por los cirujanos franceses (2) y se ensaya desde algunos años en Alemania, Austria y Holanda (3). Tiene el inconveniente de ser muy lento.

Con poca variacion es el mismo procedimiento de los ingle-

---

(1) *British Med. Journal*—July 1892.

(2) *Auvard y Cauvet*—De l'anesthesie chirurgicale et obstetricale—1893

(3) *Semaine Medicale*—pág. 28—1892.

ses y norte-americanos, solo que éstos, mas prácticos, han creado el *anestesista*, una nueva entidad autónoma que libra al operador de las preocupaciones de la cloroformizacion. El anestesista se encarga de la anestesia como el cirujano de la operacion, y uno y otro son completamente independientes. Es en la práctica que resaltan sus ventajas.

Fisiológicamente, lógicamente, estos métodos tienden á evitar los inconvenientes del cloroformo, pero la prevision no es aún completa y estamos muy léjos de la última palabra. A pesar de todas las precauciones, con la observancia de la práctica mejor cumplida, ocurren accidentes inesperados. Por eso *Claude Bernard* le habia llamado «el reactivo de la vida». A cada vez, la cuestion vuelve de nuevo á la órden del dia, y si nos colocamos bajo cierto punto de vista, al fin no queda persistente sinó la fórmula de *Sedillot*: «Cada vez que se recurre al cloroformo se sienta el problema de la vida ó de la muerte».

Buenos Aires Marzo 1893.

UN CASO DE HISTERIA REFLEJA

Por **Cayetano Sobre Casas**

Interno del Hospital Rawson

Al ocuparme de este punto, hablaré solamente del tratamiento ginecológico que casi siempre se descuida ó se le dá muy poco interes, salvo en aquellos casos en que es necesario intervenir porque la vida de la enferma se encuentra comprometida. «No debe olvidarse del exámen de los órganos genitales en ningun caso de histerismo», porque casi siempre podemos encontrar un medio seguro de tratamiento. Conocemos la frecuencia de las metritis y la influencia que tienen en las facultades psíquicas; la accion directa que un proceso inflamatorio ejerce sobre los nervios centrípetos de los órganos genitales, aumentando la sensibilidad y produciendo verdaderos ataques de histeria. Schützemberger vió desarrollarse el histerismo á consecuencia de una ovaritis. La *tirantez* por el cambio de posicion del útero y de sus anexos, sea congénito ó adquirido, puede tener una gran influencia sobre el

sistema nervioso central. Todas estas causas, que muchas veces pasan por alto, sin darles algun interés, son condiciones que abogan en favor de un tratamiento curativo de la mayor importancia.

Paso á describir un caso que prueba la importancia del tratamiento ginecológico:

N. N., francesa, de 14 años de edad, de constitucion buena, entra al hospital Rawson, servicio del Dr. Gache, en Noviembre de 1892.

Antecedentes hereditarios: Durante mucho tiempo la madre ha sufrido de ataques de epilepsia, ha tenido tuberculosis pulmonar, siendo esta la enfermedad de que murió. El padre ha tenido una neumonía que curó muy bien.

Antecedentes individuales: Desde muy niña ha sido expuesta á resfrios persistentes que la obligaron á someterse á un tratamiento reconstituyente que duró algun tiempo. Hace cuatro años próximamente, á consecuencia de un resfrio, tuvo accesos de tos arrojando esputos sanguinolentos, abundantes sudores nocturnos, dolores en las espaldas, que con la asistencia de un médico curó á los tres meses. Hace dos años ha tenido influenza que duró una semana, sin complicacion alguna.

La menstruacion apareció á los 11 años con fuertes dolores en la region ovárica, irradiándose en todo el epigástrio y miembros inferiores, dificultando la marcha; fué abundante y duró dos dias.

Seis meses despues de la pubertud, coincidiendo la época en que debian aparecer las reglas, fué aquejada de intensos dolores en la region pelviana, trastornos en la sensibilidad y pérdida completa del conocimiento; este ataque de histeria duró seis dias, desapareciendo todos los síntomas en el momento en que apareció la mensturacion.

Los ataques de histerismo se repitieron con alguna frecuencia; tenia anorexia y alucinaciones del oido y de la vista Hace siete meses entró en el Hospital San Roque donde permaneció algunos dias; salió para ir al campo; allí tuvo relaciones con un hombre que le contagió de blenorragia. Los ataques fueron mas frecuentes que nunca (dos ó tres veces por dia), las alucinaciones aumentaron, las facultades psiquicas notablemente alteradas y grandes trastornos en la menstruacion, que además de ser abundante, se repetia tres ó cuatro veces al mes. En este estado entró al Rawson; se

procedió al exámen completo y se notaron las alteraciones siguientes:

Exámen de los órganos genitales: -Uretritis blenorrágica; el tacto vaginal demuestra vagina humedecida por un líquido amarillento, caliente, gran sensibilidad y un poco estrecha (vaginismo). El útero en retroversion y desviado hácia la izquierda; notable hiperestesia al pretender palpar los ovarios, lo que imposibilitó darse cuenta de ellos.

El espéculum nos muestra el cuello de un color rojo vivo, aumentado de volúmen y el hocico dando salida á un líquido mucoso abundante.

La sensibilidad estaba alterada, notándose una gran hiperestesia en la region de los ovarios (ovarialgia), hiperestesia en el tórax, donde se pudo comprobar una zona histereógena triangular limitada por la parte superior del esternon, apéndice xifoide y la interseccion de la línea mamilar y el borde de la 6ª costilla. En el dorso de las manos senota anestesia.

Trastornos digestivos; tiene vómitos alimenticios y constipacion.

Diagnóstico:—Al examinar los antecedentes hereditarios de esta enferma, encontramos causas predisponentes de gran valor, pues adaptándonos á las palabras de Jolly, podemos decir, que bastaria la tuberculosis para predisponer al desarrollo del histerismo,—á lo que se añade la herencia nerviosa que tiene nuestra enferma y que es muy elocuente. La causa determinante que se impone y que mas llama la atencion, es indudablemente la influencia que ha tenido la propagacion del proceso blenorrágico á los órganos genitales internos, constituyendo de este modo, una de las causas mas comunes y poderosas para producir un acceso de histeria en una predispuesta, en la que ha sido despertado por la irritacion inflamatoria de los nervios centrípetos de los órganos genitales (Jolly).

La forma de los ataques, su repeticion ó su exacerbacion, durante este estado, hizo creer y afirmar que se trataba de una histeria refleja.

Tratamiento:—Diagnosticada la enfermedad y conocida su causa, se imponía un tratamiento que obrara sobre ésta, por mas que algunos sostengan que «los casos de histerismo curados á consecuencia de un tratamiento ginecológico, constituyan verdaderas *rarezas*»; y acto contínuo se procedió á lavajes va-

ginales con una solucion de bicloruro de mercurio al 1 por 1000, tapones de algodon empapados en glicerina con yoduro de potasio, é inyecciones de permanganato de potasio (al 1 por 1000) en la uretra. Los tres bromuros asociados á la belladona, tónicos y reconstituyentes, fué lo que se instituyó al principio.

Marcha de la enfermedad: — Los ataques de histerismo, como se pudo ver en la sala, estaban caracterizados por pródromos, malestar general, ovarialgia, palpitaciones, bolo histérico, sensacion de estrangulamiento en la laringe, pérdida completa del conocimiento, contracciones clónicas y tónicas, opistótonos que duraban de tres á cuatro horas. Estos accesos tomaron proporciones alarmantes á mediados de Diciembre, produciendo vómitos incoercibles, hematemesis y pérdida completa del apetito; á los pocos dias aparecieron las reglas y pasadas que fueron, se procedió á dilatar la cavidad uterina: se coloca una laminaria que fué sacada á las 24 horas y acto contínuo se practica una inyeccion intrauterina de bicloruro de mercurio al 1/2 por 1000; al dia siguiente, prévio lavaje antiséptico, se hace unas escarificaciones en el cuello uterino colocándose un tapon de gaza yodoformada. Las curaciones son hechas diariamente. Un cambio rápido experimenta la enferma; los ataques han disminuido muchísimo, la uretritis ha desaparecido y la metritis ha cedido notablemente.

Á mediados de Enero, dias antes del período menstrual, vuelven á aparecer los accesos histéricos, si bien ahora están completamente cambiados, pudiendo ser considerados como de *pequeña histeria*; lo que obliga á practicarle nueva dilatacion y escarificacion, lavajes vaginales calientes y antisépticos.

Actualmente tiene la enferma el útero en posicion normal y curada de la metritis. Hace 25 dias no ha tenido una sola manifestacion nerviosa, lo que hace suponer que una mejoria franca y curativa se ha iniciado.

Podemos afirmar que el pronóstico es en este caso muy favorable, mas aún por haberse corregido la posición viciosa del útero que podría por sí solo entretener una inflamacion crónica de la matriz y como consecuencia los diversos trastornos nerviosos que en un principio se manifestaron.

Buenos Aires, Marzo 30 de 1893.

EL Dr. EMILIO R. CONI

Ex-Director de la Asistencia Pública

Hacen dos años saludábamos en estos mismos «Anales» la aparicion del «Código de Higiene y Medicina Legal de la República Argentina» por el Dr. Emilio R. Coni y deciamos estas palabras:

«El Dr. Coni se debe todo á la ciencia argentina; ella le reclama «su poderosa actividad para grandes empresas é instituciones, y «pronto hemos de tener la satisfaccion de aplaudir otros triunfos «de su noble carácter y de su indomable inclinacion por el bien «general».

Un año mas tarde, con ocasion de su nombramiento como Director General de la Asistencia Pública, escribíamos:

«Muy buena impresion ha causado en el público, la satisfaccion «dada á la opinion por la Intendencia, nombrando Director Gene«ral de la Asistencia Pública al Dr. Emilio R. Coni».

Circunstancias propias de un mecanismo administrativo deficiente y pesado, han puesto á prueba la noble altivez del Dr. Coni obligándole como solucion única á renunciar el cargo en que era la salvaguardia de la higiene y la salud de la poblacion.

El Dr. Coni en el año que ha dirijido la Asistencia Pública se ha contraido, aparte de muchas y fecundas iniciativas, á imprimir ordenada marcha á los servicios dependientes de ella, y si los resultados no han respondido del todo á sus afanes, se debe mas á la falta de recursos pecuniarios que á otra causa.

Hoy que el Dr. Coni se retira á su hogar con su conciencia tranquila, es natural despedirlo con todos los honores, que si se los tributamos no es solo por amistad, sinó por estricta justicia.

NECROLOGIA

Adolfo Bruno—Ha fallecido Adolfo Bruno, ex-alumno de medicina, que se preparaba á entrar al cuerpo médico despues de sólidos estudios que le habian merecido justa reputacion. Sus condiscípulos y amigos han honrado dignamente su memoria.

Concurso Sud-Americano de Medicina

El Jurado que estudia los trabajos del Concurso Sud-Americano de Medicina, se ocupa activamente de su cometido y es posible que para el 20 del actual haya terminado sus tareas.

—La Comision Directiva del Círculo Médico Argentino ha resuelto recibir fuera de concurso los dos trabajos que le fueron presentados despues de vencido el plazo.

Absolucion de una partera

(Publicacion pedida)

Señor Redactor de los ANALES DEL CÍRCULO MÉDICO ARGENTINO.

Tengo el agrado de comunicar á Vd. que: habiendo sido acusada calumniosamente por el ex-patron del... N. N. y su hija Maria, de haber provocado un aborto á esta niña, y despues de un largo proceso, plagado de chicana y mala fé, he sido *absuelta libremente* por el señor Juez Dr. D. Eduardo French, por no haber sido probada la acusación temeraria.

Hallándome hoy en libertad, en mérito de esa sentencia, vengo nuevamente á ponerme á disposición del *público* que me quiera honrar con su confianza, siendo como en el pasado.

Ruego al señor Redactor quiera dar cabida en los ANALES DEL CÍRCULO MÉDICO ARGENTINO á lo que he manifestado mas arriba y ordene siempre á su atenta y S. S.

Susana Breuil de Couderc.
Partera.

General Lavalle 771.

Buenos Aires, Abril de 1893.

BIBLIOTECA DEL CÍRCULO MÉDICO ARGENTINO

OBRAS ENTRADAS EN EL MES DE MARZO DE 1893

Por compra

Guyon Félix, Sur les affections chirurgicales de la vessie et de la prostare—Edicion de 1888—1 volúmen de 1100 páginas.

Hamonic J., Traité des rétrécissements de l'uréthre—Edicion de 1893—1 volúmen de 632 páginas.

Trouvé C., Manuel d'electrologie médicale—Edicion de 1893—1 volúmen de 768 páginas.

Dujardin-Beaumetz, Traitement des maladies du foie—Edicion de 1893—1 volúmen de 163 páginas.

Catrin L., Le Paludisme chronique—Edicion de 1893—1 volúmen de 290 páginas.

—

Por donacion

Bouchard Ch., Los micróbios patógenos, traducido al castellano por Don Rafael del Valle, Madrid 1893; regalo del Sr. Rafael Ulecía y Cordona.

Denigèz G.—Esposizion elemental de los prinzipios de Teoría Atómiqa, version qastellana de Manuel A. Dèlano, Paris 1893.

Lefert Paul, Aide-mémoire de clinique chirurgicale et de diagnostic—Edicion de 1893—1 volúmen de 300 páginas; regalo de los Sres. Bailly, Baillière, Paris.

Le Manuel du doctorat en médecine du professeur Paul Lefert, dont 14 volumes sont déjà en vente et qui sera complet en 20 volumes avant la fin de l'année, donne le moyen d'acquérir rapidement des notions suffisantes sur toutes les matiéres des cinq examens du doctorat en médecine. L'auteur s'est attaché á passer en revue tout ce qui est afférent à chaque sujet traité dans chaque aide-mémoire, sans en rien omettre, de manière que le candidat ne soit embarrassé par aucune question; —á mettre en relief les points importants, en négligeant les détails superflus, de sorte que le lecteur puisse immédiatement trouver ce qu'il importe d'apprendre ou de revoir; á rapporter les théories et les faits récemment entrés dans le domaine de la science, aussi bien que ceux qui lui sont depuis longtemps

acquis; enfin á citer les noms des professeurs des diverses facultés de médecine en regard de la découverte qu'ils ont faite ou de l'idée qui leur est personnelle.

Cette petite encyclopédie médícale est écrite par un seul professeur: elle est par suite á la fois complète et concise, et a pu éviter l'écueil des encyclopédies modernes oú le travail est divisé entre une infinité de collaborateurs de valeur inégale, se contredisant souvent, se répétant plus souvent encore, ou bien au contraire oubliant de traiter certains points, les uns comptant sur les autres.

L'Aide-mémoire de clínique chirurgicale, qui vient de paraître, ne rendra pas moins de service au praticien qu'á l'étudiant. Dans une premiére partie, l'auteur traite du *Diagnostic chirurgical*, des moyens physiques d'exploration en général et des méthodes d'exploration de chaque organe en particulier. La deuxiéme partie, consacrée á la *Thérapeutique chirurgicale générale* et á la *Petite chirurgie*, traite de l'Anesthésie, de l'Asepsie et de l'Antisepsie des Pansements, des Bandages et Appareils, des émissions sanguines et des ventouses, des incisions et de la cautérisation, tous sujets de chirurgie journaliére pratique.

BIBLIOGRAFIA

Los microbios patógenos, por Ch. Bouchard, traducido al castellano por D. Rafael Delvalle, Madrid, 1893,—regalo del Sr. Rafael Ulecia y Cardona.

El Sr. Cardona, el infatigable director de la *Revista de Medicina y Cirujía prácticas*, que tantos servicios lleva prestados á la ciencia, con las importantes ediciones de las obras modernas, acaba de editar la produccion del sábio profesor Bouchard, con cuyo nombre encabezamos este suelto.

La obra en cuestion abarca la comunicacion dirigida por Bouchard al Congreso de Berlin, y los estudios relativos á la accion de los productos segregados por los microbios patógenos. Es un trabajo destinado á revelar la última expresion de la ciencia experimental en materia de enfermedades infec-

ciosas, y como todo lo que sale de la alta inteligencia del autor, tiene impreso el sello de su incuestionable autoridad.

El Sr. Ulecia y Cardona contrae así un nuevo título á la estimacion de los estudiosos.

«Revista de Higiene Infantil»—Ha empezado el 2º año de esta interesante publicacion mensual que dirige el Dr. Emilio R. Coni, y que es órgano del Patronato de la Infancia.

Revue medico-chirurgicale du Brésil, directeur fondateur Dr. A. Brissay; avec la collaboration de M. M. les Docteurs Domingos Freyre, L. de C. Feijo Junior, Carlos Costa, Rodriguez dos Santos, y Gaudin.

Los dos números que hemos recibido vienen nutridos de interesantes trabajos originales de autores brasileros, y traen además una revista de la prensa médica sud-americana.

Esta publicacion, que el Dr. Brissay afronta con verdadero entusiasmo, será muy preciosa para el desenvolvimiento científico en el Brasil, y revela el elevado espíritu de progreso de nuestros vecinos.

Al saludar la *Revue Medico-Chirurgicale du Brésil*, aceptamos el canje solicitado y enviamos á sus redactores el saludo de bienvenida.

«El Cuerpo Médico y Farmacèutico», revista semanal, aparece en Buenos Aires bajo la direccion del Dr. Francisco Cobos. Hemos recibido los primeros números de este colega. Lo saludamos y hacemos votos por su prosperidad.

Le Midi Médical, órgano de la Facultad de Medicina de Toulouse. Hemos recibido todo el tomo 1º (año 1892) enviado por el Dr. Rémond, de su redaccion. A su solicitud establecemos gustosos el canje con tan ilustrado periódico y deseamos para él mucha felicidad.

Direccion General de Estadística Municipal

Defunciones ocurridas en la ciudad de Buenos Aires durante el mes de Febrero de 1893

MORTALIDAD SEGUN SEXO Y ENFERMEDAD

ENFERMEDADES	SEXOS V.	M.	Total
A Afecciones generales			
1. INFECCIOSAS, CONTAGIOSAS Y MIASMÁTICAS			
Fiebre tifóidea	13	6	19
Sarampion	2	1	3
Coqueluche	1	—	1
Difteria	15	7	21
Crup	8	6	14
Angina diftérica	1	1	2
Influenza	1	—	1
	41	21	62
3. CONSTITUCIONALES Ó DIATÉSICAS			
Tisis pulmonar	33	30	63
» de la laringe	1	—	1
Tabes mesentérica	—	1	1
Escrofulosis	—	1	1
Sífilis infantil	1	1	2
» en adultos	—	1	1
Cáncer	4	3	7
» del estómago	7	3	10
» del hígado	2	—	2
» del píloro	1	—	1
» del pancreas	1	—	1
» del intestino	—	1	1
» del exófago	—	1	1
» del útero	—	3	3
» de la vejiga	—	1	1
» de la laringe	2	—	2
» gastrico	2	1	3
Reumatismo	1	—	1
Raquitismo	1	—	1
Púrpura	1	—	1
Coriza	1	—	1
Tuberculosis	23	10	33
» meningea	1	—	1
» intestinal	1	—	1
	83	57	140
B Afecciones locales, agudas ó crónicas			
1. ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO			
Congestion cerebral	10	8	13
Apoplegia	6	1	7
Hemorragia	10	7	17
Meningitis	27	27	54
Embolia	4	—	4
Meningo-encefalitis	1	—	1
Encefalitis	1	—	1
Compresion cerebral	2	—	2
Derrame cerebral	—	1	1
Hidrocefalia	1	1	2
Mielitis	1	1	2
Reblandecimiento cerebral	—	1	1
Tumor cerebral	1	—	1
Esclerosis cerebral	1	—	1
» cerebro espinal	—	1	1
Tétano traumático	2	1	3
» infantil	4	9	13
Eclamsia infantil	4	4	8
Alcoholismo	2	—	2
Abceso del cerebro	1	—	1
	78	57	135
2. ENFERMEDADES DEL APARATO CIRCULATORIO			
Pericarditis	1	—	1
Endocarditis	4	3	7
Aneurisma	7	2	9
» de la aorta	—	1	1
Hemorragia	3	4	7
» umbical	1	—	1
Angina de pecho	1	3	4
Vicio orgánico alcorazon	29	17	46
Ateromasia arterial	4	2	6
Miocarditis	1	1	2
	51	33	84
3. ENFERMEDADES DEL APARATO RESPIRATORIO			
Laringitis	—	2	2
Bronquitis	5	13	18
Bronco-neumonía	12	10	22
Neumonía	20	17	37
Pleuro-neumonía	3	2	5
Pleuresía	1	—	1
Congestion pulmonar	3	1	4
Asma	—	1	1
Edema pulmonar	1	1	2
Hidrotorax	1	1	2
Apoplegia pulmonar	—	1	1
Gangrena pulmonar	1	—	1
Hemoptisis	—	1	1
	47	50	97

ENFERMEDADES	SEXOS V.	M.	Total
4. ENFERMEDADES DEL APARATO DIGESTIVO			
Dispepsia	—	1	1
Catarro intestinal	1	1	2
Gastritis	1	2	3
Gastro-enteritis	32	26	58
Atrepsia	10	21	31
Fiebre gástrica	—	2	2
Ulcera del estómago	1	—	1
Indigestion	—	1	1
Enteritis	24	23	47
Entero-colitis	5	3	8
Disenteria	4	—	4
Oclusion intestinal	2	3	5
Tiflitis	1	—	1
Diarrea	1	—	1
Peritonitis	3	5	8
Cólera infantil	—	1	1
Tabes intestinal	1	—	1
Hepatitis	4	—	4
Esclerosis del hígado	1	—	1
Degeneracion »	1	1	2
Hipertrofia »	1	—	1
Quiste »	1	1	2
Abceso »	1	1	2
Gastrorragia	1	—	1
Periflitis	1	—	1
Glositis	1	—	1
Cirrosis	3	2	5
» hígado	2	1	3
» atrófica	4	—	4
	107	95	204
5. ENFERMEDADES DEL APARATO GÉNITO-URINARIO			
Mal de Bright	1	—	1
Uremia	2	—	2
Nefritis	8	5	13
Fibroma uterino	—	1	1
Hemorragia uterina	—	1	1
	11	7	18
6. ENFERMEDADES DE LA PIEL Y TEJIDO CELULAR.			
Erisipela	—	1	1
Gangrena	5	3	8
Flemon difuso	1	1	2
	6	5	11
7. ENFERMEDADES DE LOS ÓRGANOS DE LA LOCOMOCION.			
Artritis supurada	—	1	1
	—	1	1

ENFERMEDADES	SEXOS V.	M.	Total
8. AFECCIONES PUERPERALES.			
Fiebre	—	1	1
Eclamsia	—	1	1
Hemorragia	—	1	1
Septicemia	—	1	1
	—	4	4
C Muertes accidentales ó violentas			
Asfixia por suspension	—	1	1
» por sumersion	6	—	6
Accidentes producidos por ferrocarriles	1	—	1
Heridas	7	1	8
» por arma de fuego	5	1	6
Ustion	1	2	3
Envenenamiento	—	1	1
Repentinamente	1	—	1
Intoxicacion saturnina	—	1	1
Rabia	1	—	1
Síncope	2	—	2
Fractura	3	—	3
	27	7	34
D Nacidos muertos ó muertos poco despues de nacer			
Debilidad congénita	7	11	18
Nacidos muertos	52	39	91
Espina bífica	1	—	1
Icteria	2	1	3
	62	51	113
E Sin clasificacion			
Anemia	2	—	2
Ascitis	—	1	1
Asfixia	—	1	1
Consuncion	3	4	4
Esclerosis	—	1	1
Inanicion	1	—	1
Septicemia	—	1	1
Senectud	2	3	5
Marasmo	3	2	5
Atrófia	1	—	1
Schock	1	1	2
Sin especificacion	1	—	1
	14	14	28

RESÚMEN

VARONES	MUJERES	Total
527	402	929

Año XVI—1893 BUENOS AIRES Tomo XVI—Nº 5

Anales del Círculo Médico Argentino

MAYO DE 1893

Veredicto del Jurado del Concurso Sud-Americano de Medicina

Va en seguida el Veredicto del Jurado del Concurso Sud-Americano de Medicina, celebrado por el Círculo Médico Argentino, para solemnizar el 4º centenario del descubrimiento de América.

Los trabajos presentados han sido 24, pero solo once han sido premiados, pues segun declara el Jurado en su nota á la asociacion, «los demás han sido considerados desprovistos de mérito científico y por consiguiente no han alcanzado recompensa los nobles esfuerzos de sus autores».

Hé aquí el—

VEREDICTO:

El Jurado del Concurso Sud-Americano de Medicina, que el Círculo Médico Argentino celebra con el propósito de solemnizar el 4º centenario del descubrimiento de América, reunido en sesion los dias 28 de Abril y 1º de Mayo, para juzgar el mérito de los trabajos presentados y hacer la adjudicacion de los premios; despues de un minucioso exámen de los trabajos y memorias presentados al certámen, y oídos los informes de las distintas comisiones sobre el valor científico de cada uno de ellos, resuelve:

Art. 1º. Respecto á los de la seccion de anatomía patológica, histología, piezas histológicas:

a) Declarar que el titulado «Contribucion al estudio bacteriológico del beri-beri» (sin lema), es acreedor al premio del

gobierno de la República Oriental del Uruguay (medalla de oro), por su originalidad; pero no tiene atribucion para adjudicárselo, por cuanto carece de la condicion de ser inédito que el reglamento exige, pues los mismos artículos han sido publicados por Leopold en la revista *Berliner Klinische Wachenschift* número 40—1892.

b) Adjudicar á la «Histología del esputo» (cortes) que lleva el lema «La ciencia es la autoridad tomada de la verdad» (V. Hugo), medalla de cobre; por cuanto existen entre las preparaciones que presenta el autor, algunas muy bien hechas y que son verdaderamente demostrativas, revelando dedicacion de su parte.

Art. 2º. En cuanto á los trabajos de la seccion patología interna, clínica médica, enfermedades de niños:

a) Adjudicar á la memoria titulada «El neumococus y sus determinaciones pulmonares» que lleva el lema «Plus occidit aer quam gladius», diploma, por ser una recopilacion bastante completa, conteniendo algunas observaciones personales y que revelan en el autor competencia y conocimiento profundo de la materia que trata.

Art. 3º. De los trabajos presentados á la seccion patología externa, clínica quirúrgica, medicina operatoria, aparatos:

a) Se adjudica á «Enteroplexis» que lleva por lema «Plus essere quam videre», el premio del gobierno de la República del Perú (medalla de oro), por cuanto el autor con su invento realiza un gran progreso en cirujía.

b) Acordar á la memoria «La reseccion tarso tibial», que lleva el lema «Broken down», medalla de plata, por ser el conjunto del procedimiento operatorio que describe propio del autor, y facilita más que cualquier otro la extraccion del astrágalo sin interesar órganos importantes.

c) Adjudicar á la memoria «Contribucion al estudio y tratamiento de las luxaciones del astrágalo» que lleva el lema «Non anticipatio, sed descriptio et interpretatio naturæ», diploma, por cuanto desarrolla bien el tema que trata, sin que sea una novedad científica.

Art. 4º. De las memorias presentadas á la seccion higiene, pemografía, epidemiología, geografía médica:

a) Se adjudica á la de «Climatología médica y fiebre tifóidea en la República Argentina y principales ciudades de América», que lleva el lema «Patria y Ciencia», el premio del señor Intendente municipal de la ciudad de Buenos Aires (medalla de oro), por considerar que es una obra de mucho mérito por su originalidad, la suma de labor que representa, la extensión de los temas que abarca y su carácter eminentemente nacional á la vez que americano.

b) Se adjudica á la memoria titulada «El quiste hidatídico en la República Argentina», que lleva el lema «Partout la vie est dans la vie, et partout la vie dévore la vie», medalla de plata, por reconocérsele alguna originalidad y reunir muchos datos interesantes sobre la etiología, historia y distribucion del quiste en la República Argentina.

Art. 5º. De las memorias presentadas á la seccion enfermedades nerviosas y mentales, historia de la medicina:

a) Acordar á la «Contribucion al estudio clínico de la neurastenia», que tiene el lema «Labor omnia vincit», diploma, por ser una recopilacion bastante completa, acompañada de algunas observaciones personales que descubren en el autor conocimiento profundo del punto que trata.

Art. 6º. De los trabajos de la seccion anatomía, fisiología, preparaciones anatómicas:

a) Adjudicar á las preparaciones anatómicas «Topografía del encéfalo», con el lema «Res judicata pro veritate habetur», diploma, por revelar cierta preparacion de parte del autor, y como un estímulo.

Art. 7º. En cuanto á los dos trabajos admitidos fuera de concurso, el Jurado, en virtud de la resolucion de la Comision Directiva de fecha 4 de Abril próximo pasado, y usando de la facultad que le confiere el artículo 5º del reglamento del concurso, para adjudicar los premios de una seccion cuando no hubiesen sido acordados á los trabajos de otra y crear nuevos cuando éstos fuesen insuficientes:

a) Adjudica al aparato de cirujía denominado «Coprolitotritor», que lleva el lema «Abnegatio est virtus», el premio del gobierno de la provincia de Tucuman (medalla de oro), de la seccion anatomía, fisiología, etc., que no ha sido acordado, por

tratarse de un instrumento de cirujía de una utilidad práctica y por la originalidad del invento.

b) Se adjudica al trabajo consistente en varias preparaciones anatómicas del órgano del oído, con el lema «Excelsior telephonus», la medalla de plata de la misma seccion de anatomía, que no ha sido discernido,—por cuanto presenta cortes del aparato auditivo completamente nuevos y hechos con maestría y habilidad.

En Buenos Aires, á primero de Mayo de mil ochocientos noventa y tres.—ENRIQUE E. DEL ARCA—*Eduardo Obejero—J. B. Señorans—P. N. Arata—Luis Güemes—Facundo T. Larguía—Julio Mendez—G. N. Chaves.—Emilio R. Coni.—Ignacio Pirovano.*

A. E. Amoretti,
Secretario.

La Comision Directiva del Círculo Médico Argentino, en vista del anterior Veredicto, procedió en sesion de 5 del corriente, de acuerdo con el reglamento, á abrir los sobres que corresponden á los trabajos premiados, y proclamó el siguiente resultado:

Al Dr. Adalberto Ramaugé, medalla de oro del gobierno del Perú, por su memoria sobre «Enteroplexis».

Al Dr. Samuel Gache, medalla de oro del señor Intendente municipal de Buenos Aires, por su obra «Climatología médica y fiebre tifóidea en la República Argentina y principales ciudades de América».

Al Dr. César Milone, medalla de oro del gobierno de Tucuman por su aparato denominado «Coprolitotritor».

Al mismo Dr. Milone, medalla de plata, de la seccion anatomía, por sus preparaciones anatómicas del órgano del oído.

Al Dr. Diógenes Decoud, medalla de plata de la seccion de cirujía, por su memoria titulada «La reseccion tarso-tibial».

Al Dr. Alfonso Masi, medalla de plata de la seccion de higiene, por su memoria «El quiste hidatídico en la República Argentina».

Al Sr. Silvio Tatti, medalla de cobre de la seccion histología, por sus preparaciones histológicas (cortes) del esputo.

Al Dr. Gregorio Araoz Alfaro, diploma por su memoria «El neumococus y sus determinaciones pulmonares».

Al Dr. Alberto Alberti, diploma por su «Contribucion al estudio y tratamiento de las luxaciones del astrágalo».

Al Dr. Sebastian Alfonso Leão, médico residente en Porto Alegre, diploma par su memoria «Contribucion al estudio clínico de la neurasthenia».

Al Sr. Francisco T. Llobet, diploma por sus preparaciones anatómicas «Topografía del encéfalo».

Buenos Aires, Mayo 1893.

CIRUJIA ABDOMINAL

CURA RADICAL DE LAS HERNIAS

Segunda serie: diez casos operados con buen éxito

Por el Dr. Luis C. Maglioni

Cirujano del Hospicio de las Mercedes

En el número de Junio de 1892 de los «Anales del Círculo Médico Argentino», publicaba mi primera série de cuatro casos de cura radical de hernias, sin ningun fracaso operatorio. Hoy tengo la satisfaccion de publicar las observaciones correspondientes á mi segunda série de diez casos operados todos tambien con el mejor éxito, y entre los cuales figuran una hernia estrangulada y otro que es de trascendental importancia é interés clínico: el caso 12º—14º.

Debo atribuir estos buenos resultados, además de á un estudio minucioso y prolijo de los casos y al cuidado especial en las manipulaciones operatorias, al empleo de la mas estricta antisepsia, como acostumbro emplearla en todas mis operaciones.

5º Caso.—Hernia inguinal doble; enterocele; operacion en el lado derecho; curacion.

N. N., italiano, alienado, de unos 35 años de edad próximamente. Imposible obtener del enfermo datos precisos respecto de la aparicion de sus hernias.

La hernia derecha es mas voluminosa que la izquierda. Ambas reductibles, pero difícilmente coercibles por medio del braguero.

Vacilé algun tiempo sobre si practicaria la operacion en dos veces ó si operaria ambas hernias en la misma sesion. Me decidí por lo primero, convencido de que para hacer bien esta operacion se necesita emplear generalmente bastante tiempo, que éste se duplicaria, so pena de proceder rápidamente en actos quirúrgicos de suyo minuciosos.

Resolví, pues, operar una sola de las hernias y elegí la derecha por ser la mas voluminosa, conforme hubiese podido elegir la izquierda.

El sábado 25 de Junio de 1892, ayudado por los Dres. Quiroga (D. Atanasio), Gimenez y el practicante Sr. Gomez, procedí á la operacion. Esta duró una hora y media. Descubierto el saco, aislado é incindido, no encontré nada en su interior. Segun el último precepto de Championnière, busqué, con el índice, en el interior del abdómen, el epiploon, con el fin de atraerlo al exterior y resecar una parte de él. En lugar de éste salieron unas ansas de intestino delgado, las que, lavadas y desinfectadas convenientemente, fueron nuevamente reducidas. Ligadura y reseccion del saco; sutura con crin de Florencia; tubo de drenaje.

Al dia siguiente, estado fisiológico y así los demás dias. Resolví no remover la curacion hasta cumplidos los siete dias.

El sábado 9 de Julio descubrí por primera vez la herida. Escelente estado. Ni una gota de pus. Retiré todas las suturas y totalmente el tubo de drenaje. Nuevo vendaje suavemente compresivo.

El sábado 9 de Julio levanté por segunda vez el vendaje. Cicatrizacion completa por primera intencion.

A fines de Agosto el operado está aún en cama, pues por ser alienado y por la imposibilidad de aplicar á estos individuos bragueros de precaucion, temo especialmente en ellos la recidiva.

Pude observar en este caso un hecho señalado ya por Championnière, y es, en las hernias dobles, el referente al aumento de volúmen de una de ellas cuando la otra es operada. En mi enfermo, á pesar de no haber hecho visiblemente grandes esfuerzos y permaneciendo en cama, la hernia izquierda adquirió en menos de dos meses un volúmen mayor aún que el

que tenia la derecha antes de ser operada y que era entonces mucho mayor que la izquierda. Se diria que las vísceras herniadas en el lado derecha aprovechaban la válvula de escape de la region inguinal izquierda, habituadas por otra parte á estar fuera del abdómen propiamente dicho, ó si se quiere, habituado el abdómen á contener en su gran cavidad una cierta cantidad de vísceras de menos.

Volveré mas adelante sobre este caso al ocuparme de la operacion en el lado izquierdo.

6º Caso.—Hernia inguinal izquierda; enterocele; reseccion del saco; curacion.

Cárlos Pifferi, italiano, 57 años, cuerdo. Hace un año y medio que le apareció su hernia, segun dice él. Es ésta muy pequeña. Apenas desborda el anillo inguinal externo.

Es reductible. Usa braguero, pero le molesta mucho.

Resuelta la operacion, la practiqué el miércoles 13 de Julio de 1892, asistido por el Dr. Zeballos y los practicantes Coé, Pizarro, Gomez, presenciándola el braguerista Mr. Le Balle.

La operacion duró una hora.

Antes de operar á este enfermo supuse, por los dolores que acusaba en la region del anillo externo y por la falta aparente de una reduccion completa, que se tratase de un epiplocele adherente. Abierto el saco no habia nada en él. Introducido el dedo en el abdómen, no fué posible, en algunas lijeras tentativas, hallar el epiploon, ni lo consideré tan indispensable para insístir en ese propósito.

Nada de particular en este caso. Ligadura y reseccion del saco. Sutura y drenaje.

A los ocho dias descubrí por primera vez el campo operaratorio. Escelente estado. Retiré el tubo de drenaje y todos los hilos.

No volví á descubrirlo hasta el 27 de Julio en que encontré una cicatrizacion completa por primera intencion.

Estuvo en cama sin embargo hasta el 15 de Agosto, como medio precaucional en contra de la recidiva.

7º Caso.—Hernia inguinal congenital; ectopia testicular; castracion; reseccion de 100 gramos de epiploon; canalotomia; reseccion del saco herniario; curacion.

Emilio N., italiano, alienado, 39 años, excelente constitucion. Presenta una hernia inguinal derecha; no sabe decir

desde cuando. La hernia es mediana en cuanto á volúmen y fácilmente reductible. En mi primer exámen no pude constatar la presencia del testículo derecho, pero momentos antes de la operacion, estando la hernia reducida, era perceptible el testículo considerablemente atrofiado y muy inmediato al anillo inguinal externo.

Diagnostiqué: hernia congenital, es decir, ausencia de túnica vaginal independiente del saco herniario, lo que confirmó la operacion.

Practiqué esta el sábado 6 de Agosto á las 10 a. m. ayudado por los Dres. Seco, Colon y Zeballos, los practicantes Coé, Gomez, Torres y Mr. Le Balle.

Abierto el saco me encontré con el pequeño testículo cuyo cordon estaba completamente retraido y adherente en la parte superior. Hubiera sido muy difícil si no imposible su desadhesion con el propósito de bajarlo y fijarlo en el escroto haciéndole previamente un espacio. Creo que esta fijacion, que no hubiese tenido sino un objeto moral tratándose de otro paciente, hubiese fracasado en este caso, por lo que, y de acuerdo con los colegas que me acompañaban, resolví extirpar este órgano verdaderamente inútil por su atrofía y la del cordon.

En un golpe de tos apareció en el campo operatorio una franja de epiploon. Tomela y, extrayendo hácia afuera una buena porcion de ese tejido, resequé unos 100 gramos en peso.

En seguida determiné hacer, por primera vez, la seccion del canal inguinal segun el procedimiento de Championnière. Sutura en U con cat-gut y algunas suturas mas en las paredes del canal.

El 7 y el 8 de Agosto, el enfermo seguia sin la menor novedad.

El 12, sospechando la existencia de pus en la herida, descubrila y efectivamente fracasó la primera intencion, obtenida tan completa en los dos casos anteriores.

No obstante esta lijera supuracion, el enfermo estaba completamente curado y en pié en los primeros dias de Setiembre.

8º Caso.—Hernia inguinal doble; operacion de la hernia derecha; canalotomia; reseccion del saco; curacion

Vicente Luis, español, 39 años. Dice tener sus hernias de nacimiento. La izquierda es casi imperceptible, rudimentaria. Me ocuparé exclusivamente de la derecha.

Tiene además un hipospádias balánico. La hernia derecha es pequeña y reductible. No usa braguero. Reclama la operacion animado por los muchos casos análogos que sabe han sido operados con éxito en el Hospicio.

Siendo esta hernia de nacimiento, segun el enfermo, pensé fuese vaginal, aunque por la independencia del testículo, creí pudiese haber alguna union completa ó incompleta de la serosa peritoneal.

Procedí á operar á este individuo el sábado 27 de Agosto de 1892, ayudado por los Dres. Sarmiento, Acuña y Zeballos y los practicantes Pizarro, Vatteone, Torres y Zabala.

Descubierto el saco, noté su independencia cavitaria de la veginal, pero al mismo tiempo su íntima adherencia con esta túnica, sitio de fusion probable de la serosa peritoneal. Abierto el saco, salió un poco de líquido. No habia nada en su interior. Busqué y extraje del abdómen una cierta cantidad de epiploon que ligué y resequé.

El anillo era pequeño, como se observa generalmente en las hernias congenitales, y en tal virtud, habia pensado no hacer en este caso la canalotomia, pero era peligroso hacer pasar el peloton de epiploon con sus ligaduras por un anillo tan pequeño. Temí el deslizamiento de una ó mas de dichas ligaduras, la hemorragia consiguiente, etc., por lo que incindí el canal inguinal, ó mejor dicho, su pared superior.

Practicadas las suturas coloqué dos pequeños tubos de drenaje, uno entre los elementos del cordon y la primera línea de suturas profundas y otro entre estas y la piel. Vendaje antiséptico y compresivo de la region operada.

Siguió el operado sin novedad. A los 8 dias, es decir, el 3 de Setiembre, levanté por primera vez el apósito, y encontrando la cicatrizacion de primera intencion, retiré todos los hilos y tubos. Practiquéle el segundo vendaje.

El 10 de Setiembre levanté por segunda vez el apósito. Cicatrizacion completa.

Este enfermo, contra mi recomendacion espresa, habia hecho algunos movimientos inconvenientes, levantándose de la cama para sus necesidades, etc.

El 12 se quejó de un dolorcito en la cicatriz. No le dí importancia.

El 13 seguia el dolor y aún algo aumentado.

El 14 dolor, inapetencia, pero falta de fiebre.

Examinando la zona operada noté á la vez que dolor, un poco de elevacion hácia la pared abdominal. Se siente en ese sitio como un *plastron* profundo. Diagnostiqué: flemon del tejido celular intra-parietal.

El 17 supuró dicho flemon y en 10 dias mas el enfermo estaba completamente bien y ha seguido así, sin recidiva ni inconveniente de ninguna clase, hasta el dia en que escribo esta historia.

9º Caso.—Hernia inguinal derecha estrangulada; canalotomia; reseccion del saco; curacion.

Luis Bernasconi, suizo, 60 años, domiciliado en la calle Venezuela 884. Tenia una hernia inguinal derecha reductible y coercible por medio de un braguero desde la edad de 26 años. Era una hernia de tamaño mediano.

El 5 de Setiembre de 1892, despues de defecar, en momentos en que se levantaba para abotonarse el pantalon notó un dolor en la hernia y le fué imposible reducirla. Esto tenía lugar á las 2 p. m. A las 3 p. m. de ese dia el Dr. Giraud, médico de cabecera, me hizo llamar.

El enfermo se quejaba de fuertes dolores en la hernia, la cual estaba dura y muy sensible á la presion. No habian vómitos, el pulso era fuerte y regular pero no emitia gases.

Resolvimos verle de nuevo á las 5 p. m. despues de hacer tomar al enfermo un baño caliente. El táxis era imposible y de todos modos inconveniente. Creo que, despues de la antisepcia y de los progresos que ha hecho la cura radical de las hernias, el táxis, en los casos de estrangulacion, es un absurdo terapéutico y como tal está contraindicado.

Resolvimos, pues, con el Dr. Giraud operar á este enfermo sin pérdida de tiempo, difiriendo sin embargo hasta las 9 p. m., tomándome cuatro horas para la conveniente desinfeccion y preparacion de los instrumentos, etc., tanto mas cuanto que la estrangulacion era relativamente reciente.

A las 9 p. m. estábamos reunidos con el Dr. Giraud y el Dr. Valdez. El primero se encargó del cloroformo. La operacion empezó á las 10 p. m.

Descubierto el saco se notó en la parte superior el relieve del intestino globuloso y por debajo un cuerpo rico en tejido adiposo, que en un principio nos pareció el epiploon.

Practiquè primeramente la canalotomia.

Incindido el saco, que era bastante delgado en su pared anterior, apareció el intestino fuertemente congestionado, muy alterada su coloracion.

En la parte posterior del saco se notaba un tejido tan espeso que, no siendo epiploon ni intestino, pensé un momento si no seria la vejiga herniada, para lo cual exploré con la sonda uretral el reservorio urinario, obteniendo un resultado negativo. Entonces el Dr. Valdez me sugirió la idea de que fuese el saco mismo espesado notablemente en esa parte.

Mientras resolvíamos esa duda nos ocupamos del ansa intestinal herniada. Deshice las adherencias en el cuello del saco, saqué hácia fuera una porcion mas de intestino, hice una prolija desinfeccion y reduje fácilmente.

En seguida, hallando razonable la observacion del Dr. Valdez independicé este espesísimo saco que por añadidura estaba aún doblado, en la pared posterior, de una espesa capa de tejido grasoso.

Practiqué, bien alto, la ligadura del cuello con tres hilos de cat-gut en cadena, seccioné y reduje. Sutura del canal, sutura estratificada, drenaje, sutura final con crin de Florencia, curacion, vendaje, etc.

La operacion terminó á las 11 y 25.

Vuelto en sí del cloroformo el enfermo, manifestó encontrarse muy aliviado.

Para abreviar esta historia, diré someramente que en este caso no pude obtener la cicatriz de primera intencion, que el trayecto de la herida supuró un poco, formándose un flemon en el tejido celular intermuscular, como en el caso anterior, lo que produjo por algunos dias algun malestar en el enfermo, fiebre, etc., y alarma en la familia. Todas estas complicaciones fueron no obstante dominadas por medio de un tratamiento médico-quirúrgico apropiado, hasta que el enfermo completamente curado se levantó de la cama en los primeros dias del mes de Noviembre.

Al escribir esta historia, el Sr. Bernasconi está perfectamente bien. Librado de la estrangulacion y de la hernia por la intervencion quirúrgica, anda sano y ágil como nunca, usando por mi consejo el braguero de precaucion para evitar la recidiva.

Para concluir permítanseme algunas reflexiones:

La hernia del Sr. Bernasconi era una hernia en gran parte

grasosa, es decir, que la grasa que aumentaba tanto el espesor de la pared posterior del saco era grasa sub-peritoneal herniada conjuntamente con la serosa. Esto exponia á un error ante-operatorio, pudiendo creerse que la hernia propiamente dicha fuese mayor de lo que en realidad era, siendo así que el continente en este caso abultaba tanto ó mas que el contenido.

Recordando aquí, lo que dije al principio de esta historia, que se trataba de una hernia de tamaño mediano, se deduce, pues, lo que realmente comprobó la operación, á saber; que se trataba de una hernia incompleta, que no alcanzaba á haber ni siquiera una ansa intestinal herniada; hernia intestinal sin mesenterio visible. Esto, unido á la ausencia de epiploon en el saco, agrava considerablemente estos casos de estrangulacion y explica porqué á las *ocho horas* del accidente el intestino de este enfermo presentaba una coloracion y un aspecto temible que hubiesen puesto en muy grave compromiso su vida si se hubiese demorado en operarle.

Por esto creo que, en casos análogos y por mucha importancia que dé, como el que mas, á la prolija antisepcia preoperatoria, tiene tal vez mas importancia el decidirse, como Dios lo ayude al cirujano, á operar pronto estos casos en que por momentos, por minutos, cambia seriamente la escena.

10° Caso.—Hernia inguinal doble; operacion en el lado izquierdo; enterocele; canalotomía; reseccion del saco; curacion

Ignacio Tócoli, italiano, 45 años. Tiene hernia inguinal doble. La izquierda, que es la mayor, es de tamaño mediano. Hacen 22 años que la tiene. Es reductible y coercible, pero le molesta mucho.

Conocedor de mi série feliz, reclama ser operado, animado tambien por su médico el Dr. Sarmiento.

El sábado 17 de Setiembre efectué la operacion ayudado por los Dres. Sarmiento, Mujica, Acuña, Seco, Moranchel y los practicantes Vatteone, Gomez y Zabala.

Tardó mucho tiempo en cloroformarse este enfermo.

La operacion empezó á las 10 y 5 y terminó á las 11 y 20. Descubrí el saco y, despues de aislado bien, procedí á la canalotomia, segun el procedimiento de Championnière. Despues, haciendo una lijera traccion, ligué el cuello con dos hilos de cat-gut encadenados y seccioné debajo. Suturé en U el canal

inguinal; suturas perdidas y flojas con cat-gut; tubo de drenaje; etc. Antisepcia y vendaje compresivo.

Sucedió á esta operacion una lijera retencion de orina que cedió pronto.

El 18, cuando le ví, habia ya orinado solo. Se encontraba perfectamente bien: temperatura y pulso normales; lengua húmeda, etc. Deseaba fumar.

El 24 de Setiembre le saqué el apósito por vez primera. Habia alguna supuracion que se evacuó fácilmente por el tubo. Como hubiese alguna tumefaccion en la parte superior de la herida y alguna flutuacion, debridé el tejido cicatricial que empezaba á hacerse en ese punto; salió algun pus y puse un nuevo tubo de drenaje.

El 26 le curé por segunda vez. Habia muy poca supuracion. Estado general satisfactorio. Marcha regular del proceso. Sale de alta el 15 de Octubre en el mejor estado.

Respecto de la otra hernia, como era muy pequeña y la contenia muy bien con un braguero, convinimos en no atacarla por ahora.

11° Caso.—Hernia inguinal izquierda (correspondiente al caso 5° de hernia inguinal doble); canalotomia; reseccion del saco; curacion; recidiva á los ocho meses en el lado derecho.

Se trata del enfermo de hernia doble de que me ocupé al principio de este trabajo (caso 5°) y al cual operé con el mejor éxito su hernia derecha.

Como ya he dicho es un alienado y su hernia izquierda, que en el principio era pequeña, creció considerablemente por causa de la operacion en el lado derecho.

El sábado 1° de Octubre de 1892 procedí á operar por segunda vez á este enfermo, ayudado por los Dres. Seco, Zeballos y Acuña y los practicantes Vatteone y Pizarro.

La operacion empezó á las 9 y 30 a. m. y terminó á las 11 y 15 a. m.

Descubierto el saco que era bastante delgado y homogeneo, encontrando que el anillo era algo grande, hice la canalotomia. Siendo el saco delgado y transparente no quise deliberadamente incindirle, convencido de que no habia en su interior ni intestino ni epiploon y así íntegro le conservo en mi museo con la sola seccion circular del cuello. Tomado el fondo del saco con dos pinzas y tironeado hácia arriba para

ligar bien alto su pedículo, dicho saco, aplanado, formaba un triángulo isósceles con las siguientes aproximadas dimensiones: base, 6 centímetros; lados, 13 centímetros cada uno.

Omito describir los demás detalles operatorios para decir brevemente que este enfermo curó como todos los demás y que á principios de Noviembre le permitia levantarse.

Solamente me detendré á hacer algunas reflexiones que reputo de gran importancia.

En esta segunda operacion no me fué posible obtener la cicatriz de primera intencion como en la primrra (veáse 5º caso).

La canalotomia fué hecha en la segunda operacion y no en la primera.

Ahora bien, este operado anduvo perfectamente bien durante ocho meses, especialmente espuesto á la recídiva por su condicion de alienado en quien hubiese sido utópico pensar en la aplicacion de un braguero preventivo. La recidiva se ha presentado en efecto en los primeros dias del mes de Marzo y llamo sobre esto la atencion, *recidiva del lado derecho*, en donde la cicatriz fué por primera intencion, pero en donde no se hizo la canalotomia, como se hizo en el izquierdo, en que se presentó la supuracion.

La canalotomia es una modificacion de última data que ha introducido Championnière en la cura radical de las hernias.

He practicado dicha canalotomia seis veces (casos 7º, 8º, 9º, 10º, 11º, y 14º) y en todos ellos no he podido obtener la primera intencion, no sé si debido al número considerable de suturas en tan corto espacio de tejidos ó por algun defecto inapreciable en la antisepcia, pero precisamente en ninguno de esos casos ha habido recidiva. Ahora bien, Championnière insiste mucho en el mayor peligro de recidiva que existe en los casos supurados. En este último caso la recidiva se ha hecho precisamente en el lado en que no hubo ni una gota de pus, pero en el que no hice la canalotomia.

¿Será que realmente esta consigue estrechar la puerta de salída de las vísceras aún sobre la base de una herida supurada? ¿Serán el ideal de estas operaciones, á los efectos terapéuticos lejanos, la canalotomia unida á la cicatriz por primera intencion? El tiempo y la experiencia lo dirán.

12º Caso.—Entero-epiplocele adherente; herniotomia exploratriz; curacion.

«*Melius est sistere gradum quam progredi per tenebras*».

«Es preferible detener el paso á marchar en la oscuridad».

Juan Scaroni, argentino, de 25 años de edad, constitucion robusta, ha gozado en general de buena salud.

Tiene una hernia inguinal derecha bastante voluminosa. Diámetro vertical: 21 centímetros. Diámetro transversal y ántero-posterior: 12 centímetros, correspondientes, estos últimos, á una circunferencia de 37 centímetros y 1/2.

No recuerda bien cuándo apareció esta hernia, pero cree hace un año y medio, poco mas ó menos. Practicado el táxis, dos veces por mí y una por el Dr. French, mi colega del hospital, nos fué imposible reducirla. Hernia, pues, irreductible.

Resuelta la intervencion quirúrgica, procedí á operar este enfermo el mártes 8 de Noviembre á las 9 a. m., asistido por los Dres. Seco y Zeballos y algunos practicantes.

La anestesia fué dificilísima. Recien á las 10 y 30 a. m. pude empezar la operacion (primer contratiempo).

El testículo se notaba en la parte inferior del tumor, en donde formaba relieve, pero llamaba la atencion lo reblandecida y pequeña que estaba esta glándula.

Descubierto el saco, que estaba bastante adherente á los elementos del cordon espermático, elegí el punto mas blando para hacer una pequeña incision por donde salió una regular cantidad (como 350 gramos) de líquido seroso.

Olvidaba decir que, en vista de la matitez y de la irreductibilidad que presentaba esta hernia, habia formado el diagnóstico de epiplocele adherente, diagnóstico incompleto como va á verse.

Las desadherencias exteriores del saco me dieron, como en ningun otro de mis casos, bastantes puntos hemorrágicos, teniendo que poner hasta ocho pinzas hemostáticas y practicar algunas ligaduras (segundo contratiempo).

Incindido prudentemente el saco en una extension de 12 centímetros, encontréme hácia el lado derecho y cara anterior con un peloton de epiploon adherente á la parte inferior, perfectamente libre hácia el canal inguinal, lo que hubiese hecho fácil su reseccion juntamente con la del saco. Pero, hácia el

lado izquierdo y posterior habia tambien un peloton casi informe de intestino adherente de un modo sólido al saco (tercer y gran contratiempo).

Para determinar bien la naturaleza de este cuerpo adherente extraje del interior del abdómen algunas ansas de intestino delgado que le eran contínuas, por lo que, y por algunas franjas que pude notar en los intersticios de aquel magma grasoso, deduje ser el intestino ciego con su apéndice vermicular invisible lo que tenia entre las manos.

Eran las 11 y 45, á una hora y un cuarto del principio de la operacion, que se me presentaba el para mí dificil problema de atacar la insercion intestinal en el cuerpo del saco.

No se improvisa así no mas una resolucion de esa clase. Tuve dudas, vacilé y persuadido de que avanzar hubiese significado engolfarme en una aventura quirúrgica, preferí, con bastante desagrado por otra parte, hacer una operacion incompleta á comprometer muy sériamente la vida del enfermo primero y despues á alterar la pureza de mi inmaculada estadística de once casos de cura radical operados todos con el mejor éxito.

Veremos mas adelante, me dije; consultaré la experiencia ajena, formaré resolucion con calma sobre esta inesperada dificultad y si el enfermo lo consiente haré, en otra sesion operatoria, una segunda y final tentativa.

Entretanto queda esta primera parte como una *herniotomia exploratriz* que, á los efectos de la estadística en lo que se refiere á la gravedad operatoria de la cura radical, representa tanta ó mas importancia que un caso de operacion completa, como lo probaré mas adelante.

Reduje todo, suturé con cat-gut los bordes del saco y las túnicas mas inmediatas á él independientemente y luego la piel con crin de Florencia. Coloqué un tubo grueso de drenaje en el interior del saco. Curacion suavemente compresiva.

El 9 de Noviembre por la mañana el enfermo está muy bien. No hay reaccion ninguna desfavorable.

Hícele curaciones diarias, acortándole gradualmente el tubo de drenaje.

El 28 de Noviembre estaba ya en pié y me pedia permiso para pasar en su casa unos quince dias de descanso, antes de volver á someterse á una segunda operacion si yo la juzgaba conveniente.

He dicho que hasta aquí es este todo un caso de cura radical, y como tal lo consigno en el órden numérico que le corresponde, pero, se entiende, con relacion solamente á la gravedad operatoria y á la estadística, que es un punto importantísimo á estudiar en esta clase de intervenciones quirúrgicas.

Creo que este caso, del punto de vista de la gravedad operatoria, tuvo mas que los comunes, pues como en ellos se incindió el peritoneo y se manipuló el intestino y el epiploon y á diferencia de ellos, en vez de cerrar completamente á la accion exterior, por medio de una ligadura en el cuello, la cavidad peritoneal, se dejó un tubo de drenaje estableciendo comunicacion del exterior con la cavidad del saco herniario, es decir, por propagacion, con la cavidad general del peritoneo.

13° Caso.—Hernia inguinal derecha; apendicele; reseccion del saco; curacion.

Tomás Dominguez, español, 47 años. Hacen 27 años que le apareció la hernia. Ha usado y usa braguero. La hernia es reductible y coercible. Es una hernia pequeña. Desciende, haciendo esfuerzos, hasta la mitad del cordon.

Pide ser operado para verse libre de algunas molestias, y el sábado 12 de Noviembre procedí á ello ayudado por el Dr. Seco y por el cabo de la sala D. Hugo Carletti.

Empezó á dársele el cloroformo á las 3 y 45 p. m. La anestesia era completa á las 4 y 30 p. m.

Practiqué una incision de 5 centímetros. Aislado el saco en sus 5/6 externos, noté, hácia la parte interna, un cuerpo cilíndrico y algo duro. Abierto el saco, me encontré con que éste estaba ocupado exclusivamente por el apéndice vermicular del ciego. Dicho apéndice estaba libre en casi su totalidad. Solamente en su porcion superior, á la altura del anillo inguinal externo, estaba adherente á la pared póstero-interna del saco, mejor dicho, formando él mismo una parte de dicha pared.

Díme cuenta que la operacion de cura radical, en este caso, no podria hacerse tan ámplia, por no poderse ligar el cuello del saco á la altura conveniente. Sin embargo, reduje el apéndice vermicular y ligué el cuello del saco lo mas alto que pude, concluyendo la operacion como de costumbre.

La operacion duró 1 hora y 45. No hice la canalotomia sobre cuya conveniencia no estoy decidido.

El enfermo siguió sin novedad, obteniendo, á los quince dias, una cicatrizacion completa por primera intencion.

14º Caso.—Entero-epiplocele adherente; desinsercion del intestino; seccion del epiploon; canalotomia; reduccion del intestino; reseccion del saco; curacion.

Scaroni, el enfermo del caso 12º restablecido de la primera operacion exploratriz, despues de pasar una temporada con su familia, volvió al hospital, resuelto á someterse á la segunda intervencion quirúrgica que le propuse y aceptó.

Ingresó al hospital bastante adelgazado y tomé como pretexto dicho adelgazamiento para diferir una operacion que me inspiraba bastantes temores.

Por fin, y á ruego del enfermo, quien, á pesar de conocer el especial peligro que iba á correr, queria, no obstante «jugar el todo por el todo», resolví operarle el miércoles 11 de Enero de 1893.

La operacion habia sido fijada para las 3 p. m.

Hacia un calor tremendo (34º 5 á la sombra).

No siendo puntuales los invitados se empezó á dar el cloroformo á las 4 p. m. y á las 5 p. m. recien estaba anestesiado el enfermo.

Acompañábanme los Dres. Enrique Mujica, Murphy y Zeballos, los practicantes Vatteone, Pizarro y Zabala y el hábil enfermero Hugo Carletti.

Incindí sobre la cicatriz. La cavidad vaginal contenia una gran cantidad de serosidad. La túnica vaginal considerablemente espesada y dura, por lo cual escindí de ella todo lo que pude. El saco herniario que, cuando la primera operacion, era delgado, estaba tambien bastante grueso, presentando en conjunto todos los tejidos un aspecto de degeneracion muy diferente del que tenian dos meses atrás. El epiploon, adherido en el sitio descrito (caso 12º), estaba apenas reconoscible en su porcion adherente, negruzco y algo endurecido.

Ataqué primeramente la porcion intestinal herniada y adherida. Tironeando un poco hácia la parte superior salió de la cavidad abdominal una ansa de intestino delgado que hacia continuacion con la parte implantada, pero, examinando á ésta prolijamente, no tardé en reconocer al intestino grueso por una de sus franjas apenas visible entre la atmósfera grasosa apelotonada y adherida. Diagnóstiqué: hernia del ciego

con su apéndice vermicular, hipertrofia del tejido grasoso ó franja grasosa y adherencia al saco.

Resuelto á practicar esta vez la desinsercion de estas adherencias, lo hice poco á poco, colocando algunas pinzas primero y despues ligaduras con cat-gut en los puntos que daban sangre. Deliberadamente no hice reseccion de tejido grasoso sino en los puntos en que era éste mas prominente. En seguida ligué bien alto el epiploon herniado previa extraccion al máximum del interior del abdómen.

Los anillos y canal inguinales eran sumamente pequeños para dar paso al intestino engrosado por el peloton adiposo, masa torpe y desprovista de aquella maleabilidad y poder de escurrimiento de que están dotadas las ansas intestinales en los casos comunes de hernia. Para salvar esta dificultad, seccioné anillos, canal inguinal y algo mas allá en la pared misma del abdómen, para lograr reducir aquel peloton entero adiposo, lo cual me dió bastante trabajo.

En seguida ligué bien arriba el saco con tres anillos de catgut y seccioné. Presentóse al poco rato una hemorragia arterial que la atribuí á un ramúsculo de la epigástrica. Fué fácilmente contenida.

Eran las 8 p. m. cuando practiqué las suturas finales, quedando todo concluido á las 8 y 30 p. m.

El pronóstico que la mayoria de los circunstantes hizo respecto de este caso fué desastroso, participando yo tambien de la creencia muy posible en un fracaso.

El 12 por la mañana el enfermo se siente muy molestado con los vómitos dependientes de su larga cloroformizacion; pero no tiene fiebre, la lengua está húmeda y el pulso normal.

Ha pasado mala noche.

El 13 se encuentra mejor. Persisten algunos vómitos.

El 14, bien; no hay dolores, ni vómitos, ni fiebre. Obró abundante y espontáneamente. Habiéndose ensuciado el vendaje con la orina resolví curarle. La herida en el mejor estado.

Los tejidos vecinos algo indurados é inflamados.

Le permití tomase un huevo con el caldo.

El 10 volvió á mover libremente el vientre. El 22 le curé. Disminuí el tubo de drenaje. Estado satisfactorio; desea levantarse. En definitiva, y para dar una idea de la buena marcha del caso, el sábado, víspera de Carnaval, es decir, el

11 de Febrero, salió del hospital sin mi aprobacion, dejando dicho al cabo de la sala que deseaba tomar participacion en las fiestas.

Dos meses despues he sabido que sigue muy bien.

Buenos Aires, Abril de 1893.

ENTEROPLEXIS

Por el Dr. **A. Ramaugé**

Profesor de Medicina operatoria, ex-cirujano del Hospital de Niños

MEMORIA LAUREADA

CON EL

Premio del Gobierno del Perú (Medalla de Oro) en el Concurso Sud-Americano de Medicina

CELEBRADO EN BUENOS AIRES POR EL CÍRCULO MÉDICO ARGENTINO EN 1893

Consideraciones preliminares

«La technique des opérations intestinales est, en général insuffisamment connue des chirurgiens, et peu ou mal décrite dans les livres de pathologie ou de médecine opératoire. Avec des pareils renseignements, il est très difficile d'exécuter correctement les résections et les sutures intestinales; c'est pourquoi la mortalité est encore aujourd'hui si élevée malgré l'antisepsie. Cependant, ici comme pour toutes les autres opérations, avec une antisepsie et une technique correctes, on doit avoir des succès presque constants.»—*Chaput.*

«La resection de l'intestin constitue une opération longue et délicate lorsqu'on la fait suivre de l'enterorraphie.»—*F. Gross. Rhommer et Vautrin.*

«La résection de l'intestin et la suture intestinale circulaire, sont d'une exécution particuliérement difficile, lorsque la portion du viscére sur laquelle elles portent, se trouve retenue dans la cavité abdominale, et que l'on est ainsi forcé d'opérer *in situ*.»—*Karl Löbker.*

Las dificultades innegables que presentan las suturas que se practican en los intestinos, por una parte, y por la otra la nutural desconfianza que siempre abriga el cirujano, una

vez terminada la operacion, sobre el éxito de su trabajo, puesto que éste puede depender de una puntada mal colocada, mas ó menos cerrada, ó de otro causa cualquiera, que pueda hacer que fracase el resultado final operatorio, son motivos más que suficientes para impulsarnos con toda conviccion á presentar este nuevo método para la aplicacion de la síntesis intestinal. A nuestro modo de ver, y dados los resultados obtenidos y que exponemos mas adelante, pudiéndolos comprobar el Jurado, viene á competir con ventajas reales con los métodos y procedimientos que se encuentran en los tratados didácticos sobre la materia.

Además, si se tiene presente cuán pocos son los médicos que se consideran competentes para efectuar una sutura intestinal con la rigurosa precision que solo puede asegurar el éxito; y que en muchísimas ocasiones este detalle operatorio es de urgencia y salvador al facilitar notablemente esta operacion, que la pone al alcance de los colegas poco avezados á la práctica de la cirujía, es evidente que son circunstancias que constituyen un verdadero progreso, una benéfica innovación en la práctica de la cirujía del tubo intestinal.

Son circunstancias muy apreciables y que merecen una seria consideracion, las que simplifican una operacion que, las mas de las veces, no constituye sinó un episodio en el drama quirúrjico. Cuando en una operacion laboriosa practicada en el vientre que requiere la sutura intestinal, en que por una parte el cansancio y la tension del espíritu que abruman al operador, y por la otra la narcosis demasiado prolongada del paciente, presentan inconvenientes y peligros tan conocidos que es supérfluo querer recordarlos, es algo serio y muy conveniente poder simplificar el modo de operar, acortando el tiempo empleado comunmente en dicho acto operatorio, y conservando la seguridad en el resultado final.

En el nuevo método de síntesis intestinal hemos adoptado la denominacion de *Enteroplexis* para diferenciarlo precisamente de la enterorrafia y sus múltiples procedimientos; porque si bien es cierto que en ambos se busca coaptar dos cabos de intestinos con el fin de restablecer su corriente, y siendo una operacion practicada por muchos motivos que expondré mas adelante, existen diferencias fundamentales entre ambos métodos.

En la *enteroplexis* queda el intestino coaptado sencillamente

por medio de un pequeño aparato, y por lo tanto, suprimido el uso de agujas y el empleo de hilos de cualquier sustancia.

El *enteroplexo* es un instrumento hecho de aluminio, y consta de dos pequeños anillos delgados, de un diámetro aproximado al del instestino que se trata de unir. Por la parte interna de estos anillos y como en forma de cabos que se dirijen hácia el centro y correspondientes á los extremos de un diámetro, sobresalen en cada anillo dos de dichos cabos, que en su extremo central son el asiento de resortes, machos en un anillo y hembras en el otro. (Fig. 1 y 2.) Por medio de estos resortes se amachihembran los dos anillos, quedando fijos y á una distancia de un milímetro el uno del otro. (Fig. 3.)

Manera de usarlo.—Por la abertura que ofrece el intestino seccionado, ya sea perpendicular á su eje ú oblicuamente, se introduce uno de los anillos de manera que quede visible la cara plana y los extremos de los resortes. Por encima de esta cara, y por medio de pinzas se trae el extremo del intestino y se le fija por medio de dos dientes colocados diametralmente opuestos á los resortes, y ocultos en la concavidad de los anillos, ó por hilos que pasan por pequeños agujeros hechos en los anillos y que sujetan el intestino. Cubriendo entonces el borde del intestino la extremidad de dichos resortes, éstos sobresaldrán, y haciéndose una pequeña incision al intestino que las cubre, quedará éste fijo al anillo por cuatro puntos formando cruz. La misma operacion se hace con el otro extremo del intestino y el otro anillo.

Colocado cada anillo en su cabo respectivo y estando el borde del intestino cubriendo la cara plana de los anillos, no queda ya sinó ajustar los resortes por medio de una ligera presion, á fin de que los extremos de los cabos intestinales queden perfectamente coaptados en el espacio de un milímetro que dejan los anillos al fijarse mútuamente. (Fig. 4.)

Analicemos ahora el aparato. Hemos adoptado el *aluminium* por ser el metal más liviano al mismo tiempo que es resistente y absolutamente inócuo á los tejidos. Una vez colocado y cerrado el aparato, afecta éste una forma aproximadamente esférica, dejando en su interior suficiente luz para dar paso fácil á las materias fecales, resultando que la línea de coaptacion queda sólidamente mantenida, mientras que las materias intestinales tienen asegurado un paso libre durante el período de cicatrizacion.

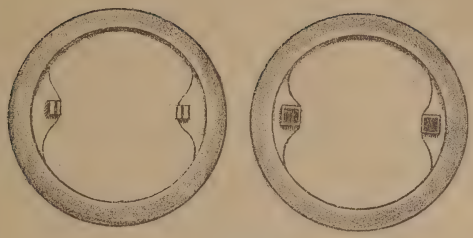
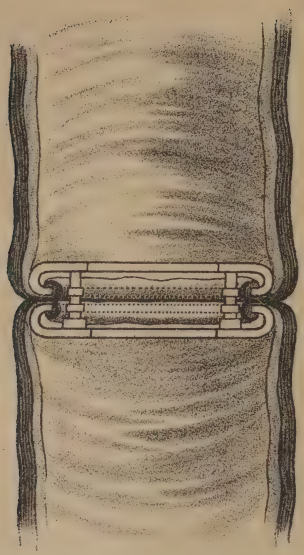


FIG. 1.

FIG. 2.

FIG. 3.

FIG. 4.



Dibujo esquemático-corte longitudinal representando el enteroplexo coaptando dos cabos intestinales.

El intestino tiene aproximadamente un milímetro de espesor en su pared, así es que al encontrarse juntas las dos paredes, y adosándose por su cara peritonal, quedan reducidas á la mitad de su grosor, para poder alojarse ambas en el espacio de un milímetro de separacion que deja el *enteroplexo* una vez aplicado.

Esta compresion llena varios objetos: empieza por ser hemostática, fija las paredes intestinales y las inmoviliza, adosándolas por su cara cerosa. El hecho es fácil de comprender, puesto que el agente del estrangulamiento ejerce sobre las paredes intestinales una compresion directa é impide que la circulacion sanguínea se efectúe; y como consecuencia se gangrenan estos tejidos comprimidos entre los dos anillos, y caen al interior del intestino conjuntamente con el aparato, como extraídos por un saca-bocado. La constriccion ejercida sobre los tejidos, y al mismo tiempo sobre los vasos capilares, produce una gangrena rápida y completa, (gangrena anémica de Roser), observándose entonces que la parte comprimida está pálida y anemiada. Felizmente, las adherencias ya se han establecido en el punto límite del esfacelo y protejen la cavidad peritoneal contra la salida de gases y líquidos del intestino, lo cual, si se efectuara, resultaria en un grave peligro á causa de la peritonitis generalizada que seria la consecuencia natural.

Fisiología patológica.—Las adherencias se forman muy rápidamente en las primeras horas que siguen á la aplicacion del aparato y al nivel de la línea de los tejidos comprimidos, siendo suficientes para protejer la cavidad peritonal. Es una peritonitis, diremos así, muy limitada y exactamente circunscrita á su punto de partida: el de los tejidos comprimidos; reduciéndose á una exudacion fibrinosa que llega rápidamente á formar adherencias entre las superficies peritoneales adosadas. En este caso, la irritacion adhesiva es curativa y protectora, y es igual ó semejante á la que se desarrolla en los procesos de curacion espontánea en los traumatismos de las vísceras abdominales.

Las investigaciones de Grawitz, Laruelle y Bumm sobre la peritonitis experimental, nos demuestran el papel principal que representan las alteraciones de la serosa en el desarrollo de la peritonitis: todos los traumatismos mecánicos ó químicos que hieren su endotelio, suprimen su absorcion ó modifican

su modo normal de funcionar, preparando la infeccion peritoneal. Además, tienen la propiedad de favorecer las adherencias, y por consiguiente, la oclusion *post-operatoria.*

Los trabajos de Travers y otros, han evidenciado que las adherencias intestinales se efectúan cuando la oportunidad se ofrece, por medio de la linfa plástica que se segrega por la cara serosa próxima al punto de reunion, y que luego se organizan afectando la forma segun la línea de coaptacion, siendo, en las circulares á manera de virola que envuelve como en un callo provisorio; y á medida que la linfa se organiza, reune no solo las dos porciones adosadas del intestino por su cara serosa, sino tambien con el peritoneo, ya sea de otra asa intestinal, del epiplon, ó de la cavidad abdominal.

Esta virola se retrae algo á medida que se organiza, como sucede siempre con los tejidos de cicatrizacion. Jobert fué el primero en formular el importante precepto de adosar las superficies serosas en las cicatrizaciones que se buscan en las paredes del aparato gastro intestinal, y estas superficies son cabalmente las que son adosadas en el método que exponemos; y en el que hay que tener muy en cuenta estas dos condiciones: la rapidez en efectuarse la adhesion de las paredes intestinales, y la sencillez en el acto operatorio, y por lo tanto el acortamiento del tiempo empleado. Por esto es que *Forgue* y *Reclus* han dicho: «Heureuses aussi les laparotomies vite menées! Le temps es devenu en toute autre chirurgie un facteur négligeable: ici il garde une importance qui nous reconnaissons tous. A égalité de lesions et de gravité operatoire, le succés será toujours du laparotomiste expéditif; dans les interventions lentes, le peritoine á le temps de resorber, l'intestin de se refroidir, le grand splanchnique de s'irriter».

Cualquiera que sea la causa, si en el curso de una laparotomía se ve el cirujano obligado á practicar la enterorrafia, es esto una séria complicacion, pues es un motivo para prolongar la anestesia más allá de lo esperado; y se encuentran varias circunstancias que se aunan para producir este estado muy temible, pero aún mal definido de *shok* operatorio: factor clínico de suma importancia y que tendrá forzosamente que pesar en la decision de un cirujano prudente.

No pasa desapercibido para nosotros que la principal objecion que se nos pueda hacer, es la referente al cuerpo extraño

que permanece en contacto con el intestino hasta la cicatrizacion de éste y su expulsion despues de desprendido.

Debemos convenir que los casos inéditos de cuerpos extraños que la humanidad engulle anualmente, ya sea voluntaria ó involuntariamente, son numerosísimos; y que aquellos que la ciencia registra, son relativamente muy contados en relacion á los primeros: y de éstos, pocos son los que producen accidentes por su paso en el canal intestinal. Al ser llamados para asistir á casos de este género, vemos frecuentemente que nunca falta algun circunstante que no tenga dos ó tres historias que referir: generalmente son casos que pasan en los niños. Ya es uno que se tragó un anillo, ya otro que hizo lo mismo con una bolita de vidrio, ó un tercero que engulló una moneda metálica: cuerpos extraños que fueron expulsados al segundo ó tercer dia, sin haber producido la mas mínima molestia, á no ser el susto consiguiente que ha padecido la familia. Así, pues, tenemos que aceptar la poca ofensibilidad de los cuerpos extraños en su migracion por el canal intestinal, sin dejar de convenir sin embargo, (y esto se desprende del análisis que hacemos de los hechos que registra la ciencia), que esta ofensibilidad se hace manifiesta preferentemente tratándose de cuerpos extraños pequeños, duros, algo pesados; los que pueden alojarse en el apéndice vermicular ó en algun repliegue intestinal, en la minoría de los casos, ó tambien de aquellos que son relativamente grandes, ásperos, irregulares, punteagudos, rígidos, que por su forma, tamaño, aspecto y densidad, es lógica la dificultad de su progresion por el tubo intestinal.

El aparato que proponemos se excluye por su propio peso, su volúmen casi igual al diámetro del intestino, su forma redondeada que se aproxima á la esférica, y su superficie externa perfectamente lisa; lo que hace que no pueda ser comprendido en las dos categorias mencionadas, mientras que todas las circunstancias de peso, volúmen, forma, ahuecamiento y tersura, se encuentran combinadas para facilitar su progresion por la superficie interna resbaladiza de las vias intestinales.

Ahora bien, si á las calidades de viabilidad que acabo de mencionar, tanto del intestino, como las inherentes al aparato en estudio, agregamos que éste, por su forma de construccion, está dispuesto con condiciones para amalgamarse, á ser arras-

trado por la oleada fecal, y á formar *block* con la materia excrementicia, no debemos temer en manera alguna los accidentes que allá de tiempo en tiempo puedan producir los cuerpos extraños al intestino cuando se atascan.

En el análisis que hasta ahora hemos hecho del método en estudio, intencionalmente no se ha querido parangonarlo con los demás métodos y procederes de síntesis intestinal; porque sería natural que buscáramos en ese torneo de medios operatorios, los defectos en la armadura de los demás, protegiendo y ensalzando al mismo tiempo, al que proponemos para hacerlo prevalecer.

No debemos insistir en lo dicho anteriormente por Chaput, Gross, Lóbker, Forgue y Reclus, con referencia á las dificultades de la enterorrafia, al prolongado tiempo que requieren, nocivo por la narcosis y el manipuleo, tambien prolongado, de la serosa peritoneal. Agregaremos que todos están sembrados de peligros, recordando además, que el de Jobert, al invaginar el cabo superior en el inferior, tiene la dificultad en encontrar aquel; sus puntos de sutura que atraviesan toda la pared intestinal, abriendo por lo tanto, las puertas á la peritonitis infecciosa; como tambien lo hace el proceder de los cuatro maestros y el de la doble invaginacion de Denans, que además de encerrar cuerpos estraños en el interior del intestino, lo que seria lo de menos, pues al esfacelarse no asegura la parte comprimida de éste, y se desprende lo demás, causando graves accidentes; como tambien pasa lo mismo á los que multiplican los puntos de sutura, anemiando demasiado los tejidos y exponiéndolos al esfacelo de las superficies de union. Lo mismo acontece á los que se pasan al otro estremo, simplificando y escatimando las suturas, con lo que se expondrá á la insuficiencia de éstas; ó suprimiéndolas completamente, como lo hacian Beclard y Amussat, que invaginaban un cabo de intestino en el otro y luego los constreñian fuertemente con un hilo, seccionando con tijeras la parte de intestino que sobresalia á la ligadura. Es un proceder muy peligroso, aunque sea expeditivo, por cuanto cierra absolutamente la luz del intestino y paraliza por completo su corriente, trayendo como consecuencia la absorcion de las tomainas intestinales, excesivamente tóxicas, y á veces la muerte en veinte y cuatro horas, por la violencia de los

síntomas de obstruccion que simulan el envenenamiento por la belladona. *(Molière)*.

Por lo tanto, la dificultad está en conservar un justo medio en el adosamiento de las serosas tomadas por las suturas; éstas, ni deben ser demasiado estrechas, á fin de producir con seguridad la oclusion del intestino con relacion á la cavidad peritoneal; ni demasiado anchas, para no estrechar, con exceso, la luz en el intestino suturado, obstruyéndolo como ha sucedido varias veces. Entre estos casos desgraciados se cita el de S. Pozzi: «Lorsque pour fermer la plaie, rétrécit des deux tiers le calibre de l'intestin, remplaçant, ainsi la déchirure par un obstacle qui, si l'operé eut survécu quelques jours, aurait substitué la mort par obstruction á la mort par peritonite.» (*Forgue* y *Reclus*). Si esto sucedió á Pozzi, con cuánta mas razon no sucederá á otros que no poseen su talento y habilidad!

Las suturas intestinales dobles y triples de Czerny, Gussenbauer y Wolfler, están sujetas á la misma crítica; como tambien las modificaciones propuestas á éstas por Chaput, que mas son trabajos pacientes, prolijos y muy lindos para practicarse en un laboratorio, pero de ninguna manera en la clínica quirúrgica.

Además, debemos aceptar que todos los puntos del intestino no son accesibles igualmente. ¡Cuánta dificultad se le presenta al cirujano cuando coloca sus puntos de sutura en la profundidad del vientre cerca de la columna vertebral, si la intervencion debe actuar en la tercera porcion del duodeno! Agréguense á estas dificultades las que presenta el intestino lubrificado que se resbala por entre los dedos; que las pinzas que lo sujeta lo contunde; que se contrae en su diámetro ó en su longitud, ondeándose al parecer defenderse del frio; los roces y las contusiones, á la manera que recuerda el caracol al ser tocado; las arcadas y vómitos del paciente que se presentan comunmente al abrir el vientre, si es que la causa que obliga á practicar la laparotomia no los habia producido antes, y que entonces se aumentan en su frecuencia. Los hilos de seda ó catgut empleados en la sutura, mojados como deben estar, se adhieren fácilmente y á veces se enredan. Preguntaremos si las mas de las veces es posible terminar una laparotomia y sutura intestinal, en el espacio de veinte minutos como lo pretende Lister, con justa razon, para poder

esperar un éxito favorable. Para terminar este capítulo transcribiremos lo que dicen *Forgue* y *Reclus*:

«N'est'il pas à remarquer que les progrès inmenses de la thèrapeutique abdominale s'affirment surtout pour les viscères autres que l'intestin? Tandis que l'hystérectomie, l'estirpation des annexes de l'utérus, les opérations sur le foie et même sur le rein deviennent de moins en moins graves et accusent une mortalité toujours décroissante, nos interventions sur la portion sousdiaphragmatique du tube digestif conservent un pronostic fort sombre malgré les pas géants de l'antisepsie. Tout acte opératoire nécessitant une manipulation intestinale est presque aussi redoutable qu'aux premiers jours de l'ère actuelle, et les laparotomies pour les obstructions, pour les fistules pyostercorales, les résections et les sutures, entraînent encore une léthalité considerable».

Casos de experimentacion.—El aparato «enteroplexo» que presentamos á la consideracion del Jurado en el Concurso de Medicina Internacional Sud-Americano, ha sido ya experimentado con éxito, en tres ocasiones, en animales. Las piezas patológicas experimentales extraidas despues de varios dias de la operacion, las adjuntamos á esta Memoria.

Antes de referir los casos prácticos, debemos advertir que la enteroplexis es un método, fruto de una detenida reflexion, y como consecuencia de ésta tenemos ya en preparacion dos modificaciones, cuyo estudio lo llevaremos adelante, con el convencimiento de que el *desideratum* de la cirujía gastrointestinal está precisamente en el método propuesto.

Primer caso.—Operado el 27 de Diciembre próximo pasado, por la mañana.

Interotomia transversal.—Cerdo de ocho meses, tamaño regular, anestesiado, se le afeitó y limpió perfectamente la parte lateral derecha del vientre, en la que fué practicada una incision profunda y longitudinal, de diez centímetros, dos dedos por afuera de la línea mamilar. Abierto el peritoneo se presentó una asa del intestino delgado, en la que se procedió á la coprostasia y luego fué seccionada por completo transversalmente: en sus dos cabos se colocaron los anillos del aparato, siendo coaptados en seguida.

Estando ya los intestinos colocados en su posicion en el vientre, se presentaron náuseas y vómitos que expulsaron del vientre gran parte del paquete intestinal, que se redujo

FIG. 5.

nuevamente. Por falta de ayudantes idóneos se produjo este accidente por dos veces mientras colocábamos los puntos de sutura con catgut mediano.

En cada expulsion de los intestinos hemos podido averiguar que la coaptacion era perfecta en el asa operada. Terminada la sutura, y para evitar que la herida se agusanara, se colocó sobre ella una mezcla de alquitran, ácido fénico, y glicerina.

Colocado luego el operado en el suelo y sobre sus patas, tambaleaba como ébrio, debido al anestésico, pero éste se disipó pronto, y muy luego el paciente tomó agua y durmió apaciblemente.

En las horas subsiguientes tomó el operado suero de leche, caminaba, y permanecía parado largos ratos, teniendo las orejas erguidas, la mirada llena de vida, respiración regular, orina abundante, defecacion normal, sueño tranquilo: en una palabra, no manifestaba ningun trastorno; y no se le creeria portador de semejante traumatismo, si no fuera la herida, cuyos bordes estaban hinchados y le dificultaba los movimientos de la pata derecha.

En este estado tan satisfactorio vivió hasta el día 17 de Enero en que se le extrajo la pieza anatómica N.º 1.

Segundo caso.—Operado el 2 de Enero de 1893, con la colaboracion de mi apreciable colega el Doctor A. Reyna.

Reseccion del intestino delgado.—Cerdo de año y medio, corpulento. Los preliminares operatorios y *modus faciendi* como en el caso anterior. Se practicó una resección de un trozo de cinco centímetros del intestino delgado; se coaptaron con el aparato los cabos intestinales, se suturó la herida sin ningun accidente, á no ser la hemorragia, probablemente de la epigástrica, que se hizo inquietante obligándonos á abrir nuevamente la herida para torcer la arteria.

Estado general y cuidados, como en el caso anterior: todo marchó satisfactoriamente.

El dia 17 del corriente se sacrificó también este operado para extraer la pieza anatómica.

Tercer caso.—Operada el 3 de Enero de 1893, por la mañana.

Ileo-ileostomía.—La paciente era de un año de edad, y robusta. Los preliminares fueron los mismos que en los casos anteriores; pero en éste se practicó la Ileo-ileostomía haciendo

para este fin un ojal en cada una de las asas intestinales contiguas, colocándose en cada una de ellas un anillo y coaptándose las dos asas.

La operacion se efectuó sin ningnn accidente, y hasta nos dimos el lujo de hacer con catgut la sutura continua del peritoneo; con el mismo hilo se hicieron suturas profundas en las diversas capas de tejidos, y en la piel sutura entrecortada doble.

El estado general subsiguiente á la operacion fué inmejorable.

El dia 17 del corriente siguió la misma suerte de sus compañeros de experimentacion y se le extrajo la pieza anatómica núm. 2.

Estas no fueron las únicas víctimas sacrificadas en aras del adelanto de la Cirujía Argentina. Hay dos más que sirvieron á tan noble causa; una para un estudio prévio de anatomía topográfica, y la otra probó una vez más, que la muerte durante la anestesia se produce tambien si se dificulta la inspiracion. El sirviente comprimió el tórax mientras la sujetaba.

El el Dr. A. Reyna y nosotros nos apercibimos entonces que teniamos ayudantes poco idóneos.

Diversas modificaciones al método.—En el capítulo anterior hicimos mencion de diversas modificaciones que se nos ocurrieron durante las horas que habiamos pasado meditando sobre la Enteroplexis, y aunque todo lo que sigue en esta parte es puramente teórico, y una promesa de continuar más adelante haciendo ensayos con el fin de llevarlo á la perfeccion posible, queremos imprimirle el sello más marcado de originalidad, poniendo de manifiesto todo lo que sobre dicho tema hemos reflexionado.

Primera modificacion.—Los anillos, en vez de ser de una sola pieza, pueden estar formados cada uno de ellos por cuatro trozos engranados y reunidos por un hilo de catgut, cuyo espesor se determinará segun el momento en que convenga su desarme en sus cuatro trozos, para que sean arrastrados por la corriente intestinal.

Esto fué previsto para el caso en que se nos objetara algo sobre el cuerpo extraño intestinal.

Segunda modificacion.—Dado el caso de que aun se objetara el tamaño de un cuarto de anillo, hemos pensado en el hueso decalcificado para constituir el anillo íntegro, tal como ha sido

tres veces ensayado en animales, con la idea de que fuese absorbido en el mismo intestino, saliendo entonces solamente los pequeños resortes, formados de manera que no perjudiquen en lo más mínimo el intestino.

El fin que se persigue en estas modificaciones es:

1º—Adosar inmediatamente las dos superficies serosas del intestino, de manera que no sea posible el menor escape de gases en la cavidad peritoneal, y mucho menos de materia fecal.

2º—Seccionar el intestino en un punto conveniente después de que las adherencias se hayan producido, conservando la mayor luz al intestino, de manera que no entorpezca la corriente en su interior, evitando asi mismo su estrechez.

3º.—Practicar en el tiempo mas corto posible una operación que por su naturaleza ha sido engorrosa y larga hasta ahora.

El estudio experimental comparativo y los perfeccionamientos que solo la práctica nos podrá sugerir, nos hacen abrigar la esperanza de que este método será de la mayor trascendencia en la cirujía del aparato gastro-intestinal.

¿Quedará siempre erguida ante los pusilánimes, *la bestia negra* del cuerpo extraño, que tendrá que escaparse por el tubo intestinal? ¡No! pues con el fin de disminuir en lo posible sus temores, citaremos lo que dicen autoridades como Duplay y Reclus:

«La tolérance de l'intestin pour les corps étrangers est surprenante.»

Recordaremos en apoyo de lo anterior, casos notables de cuerpos extraños que recorrieron todo el aparato gastro-intestinal sin accidentes dignos de mencionarse.

En 1889 manifestó Salzer ante el Colegio Médico de Viena, que desde el dia que adoptó la práctica de alimentar á los individuos que habian tragado cuerpos extraños, solamente con papas cocidas, ya casi no habia sido necesario hacer la gastrostomía para extraer á éstos.

Refiere el caso de un niño que deglutió una pesa de 20 gramos, y al cual se preparaba un cirujano á practicar la gastrostomia.

Otro sujeto habia tragado un fragmento de su dentadura, que media mas de cinco centímetros de largo; otro individuo observado por Hochenegg, se habia tragado un clavo grueso, y largo de 6 centímetros.

En el caso observado por Morris, se trata de un niño que tragó un porta-lápiz de aluminio, largo de 10 centímetros. Una dama del Azul, Provincia de Buenos Aires, durante el sueño se tragó su dentadura; caso observado por el doctor Pirovano. Un niño de tres años deglutió un sello de plomo de 15 milímetros de diámetro por 3 de espesor, que conservaba aún un trozo de alambre torcido largo de tres centímetros: caso observado por nosotros, etc., etc.

Pues bien, á todos estos individuos se les aplicó la práctica del empastamiento alimenticio por las papas cocidas, y todos arrojaron por el ano sus *entripados* sin ningun accidente, y en el corto tiempo de dos á cinco dias.

En cuanto á los cuerpos extraños poco voluminosos y de forma regular, el cirujano no tiene otra cosa que hacer, como lo dice Saint-Germain, sino «laisser faire la bonne nature».

Aplicabilidad del método en el hombre.—La cirujia abdominal adquiere de día en dia una inmensa importancia, gracias á las prácticas observadas de asepsia y antisepsia.

Las operaciones que sirven para establecer comunicaciones entre las diversas vísceras huecas del abdómen, están á la órden del dia, en razon de la frecuencia de su empleo en las enfermedades del estómago, intestinos, y vesícula-biliar. Sin embargo, su mortalidad es aún enorme, á causa de los medios de coaptacion usuales que dejan mucho que desear, y que han hecho que esta rama de la cirugia no haya progresado á la par de las demás, bajo el impulso de la bienhechora revolucion iniciada por Pasteur y Lister hace veinte años.

Consideremos los casos en que la enteroplexis podrá ser usada, dado el caso que este nuevo método fuera sancionado.

Obstruccion y oclusion intestinal.—Las estenosis del intestino por cáncer ó por estrechez, simple ó tuberculosa, deben ser tratadas por la reseccion, seguida de Enteroplexis, ó la ileo-ileostomia, ó ileo-colostomia, segun los casos, empleando el enteroplexo; tambien está indicada en los casos de invaginacion irreductible, vólvulus imposible de destorcer, y todas las veces que la pared intestinal se encuentra gangrenada, perforada, ó á punto de estarlo. La laparotomia abrirá el camino á la aplicacion del enteroplexo: pero esta operacion es grave, y no debemos desconocer que los dos factores de esta gravedad estriban en el retardo de la intervencion y su prolonga-

cion. Este aserto lo prueba la estadística de Curtis, segun la cual, la mortalidad ha ido en crecimiento á causa de la obstruccion y la dificultad que ha presentado la operacion.

Cuando en ella fué simplemente necesario sacar el obstáculo, la mortalidad fué de 56.4 % de los operados; cuando hubo gangrena ó rotura del intestíno y fué necesario establecer un ano contra natura, 66 %. Pero ella subió á 86.6 % en las laparotomias laboriosas y prolongadas, seguidas de enterectomia y enterorrafia. Luego pues, si la enterorrafia, que es engorrosa, larga, y difícil de practicar, la sustituimos por la enteroplexis que es fácil y de corto tiempo, ¿no es evidente y claro que la mortalidad en la laparotomia seguida de reseccion del intestino cuando sea necesaria, disminuirá empleando la enteroplexis?

«La courte durée de l'operation n'a pas une moindre importance que sa precocité. Tous les chirurgiens qui ont quelque expérience des interventions sur l'intestin sont unanimes á le proclamer, et Curtis démontre, par des chiffres, (tableau IV) que les résultats de la laparotomie sont d'autant meilleurs que l'operation a étè plus simple et, par conséquence, á duré moins longtemps.» (*Ad. Jalaguier.*)

Tumores del mesenterio.—Los tumores del mesenterio resultan de los diversos tejidos que este espacio contiene, y representan las más de las veces producciones patológicas nacidas á expensas de restos abandonados por el cuerpo de Wolf y los tubos del riñon primitivo. Los principales tipos de estos tumores son: los linfangiomas, lipomas, quistes, fibromas, tumores malignos, embriomas, y tumores ganglionares. En la extirpacion de éstos, la reseccion del intestino y la aplicacion de la enteroplexis, es una operacion que está sobordinada á su estado anatómico y á las condiciones del estado general del enfermo.

Tumores del intestino.—Los neoplasmas del intestino, carcinomas, sarcomas, y linfosarcomas sobre todo, que interesan gran extension de la pared intestinal; los que se desarrollan en su interior produciendo obstruccion ó á veces dilatacion, como son los pólipos fibrosos ó de forma papilar y los quísticos que son raros y aun poco estudiados. Los fenómenos de obstruccion intestinal que producen estos tumores se manifiestan por dolores excesivos y vómitos pertinaces que impiden la alimentacion; son indicaciones formales de inter-

venir quirúrgicamente para la extirpacion del tumor y la aplicacion de la enteroplexis ó la anastómosis intestinal, segun el caso, empleando el *enteroplexo.*

Gangrena del intestino en las hernias estranguladas.— Si existe gangrena difusa de una asa intestinal, y el enfermo se encuentra en colapsus, con pulso pequeño y frecuente, ya no hay entonces mas que un medio inmediato de corregi estos accidentes; y éste consiste en practicar la kelotomia resecar toda la parte gangrenada y aplicar rápidamente la enteroplexis; puesto que el ano contra-natura, ó la fístula estercoracea, constituye una invalidez que no se corrige fácilmente, y que, además, acarrea las mas de las veces un estado de marasmo que conduce á la muerte. Sin contar con estos últimos inconvenientes, será siempre preferible no tener que intervenir nuevamente despues de algun tiempo, para curar el ano contra-natura, pues de esta manera es exponer al enfermo á dos peligros inminentes de muerte.

Con el fin de evitar semejante estado precario, se hace la ablacion de toda la parte gangrenada, ó en inminencias de tal; se aplica la enteroplexis para restablecer la continuidad del intestino, y se reduce éste en la cavidad abdominal, como lo han hecho despues de suturarlo, Rambdohr, Dieffenbach, Cooper, etc., sin ser necesario esperar uno ó dos dias, como lo aconsejan Riedel y Kœnig, para que el intestino recupere un tanto su estado normal, pues se encuentra inflamado á causa de la compresion sufrida, infiltrado y en estado de paresia, que son circunstancias desfavorables á la aplicacion de suturas.

«Mais dans les cas ou l'operation est entreprise de bonne heure, sur un malade encore robuste, la suture intestinale est, peut être un mode de guérison plus rapide, en tous cas moins sur avec les procédés de suture que nous connaissons.» (*Gross, Rohmer et Vautrin.*)

Ahora bien, si la dificultad estriba en la poca confianza de la sutura, ¿no se deduce lógicamente que un método de coaptacion rápido y seguro del intestino, llenará por completo el *desideratum* de estos autores?

Por lo tanto, cuando existe una destruccion extensa y manifiesta de una asa intestinal, se empleará la enteroplexis para restaurar inmediatamente la continuidad del tubo intestinal interrumpida por la gangrena, y con tanta mas razon, visto

que la operacion es corta y sencilla; y si existen muchas materias fecales y espumosas por la retencion intestinal, el paso brusco de éstas podria forzar las suturas; pero con la enteroplexis, que ofrece mas garantias que éstas, se aleja el peligro. Madlìung, Rydygier y Juillard siguen la práctica de emplear la enterorrafia inmediata, y en Francia Bouilly y Assaky se inclinan igualmente á favor de la reseccion y restablecimiento en el acto de la corriente intestinal, que es el ideal en este punto. Considérese tambien que esta práctica es superior á la de establecer un ano contra-natura, al que se sigue la inanicion y el debilitamiento gradual que resultan de una nutricion imperfecta las mas de las veces, prescindiendo de que es un estado asqueroso á que se condena al paciente.

En la estadística de Hagedorn vemos que en diez y seis casos de hernia estrangulada en que fué necesaria la resección del intestino gangrenado y la sutura circular, fué la mortalidad de 56 %.

En estos casos es evidente que el estado de los enfermos ordene el mínimo de tiempo empleado en el acto operatorio. Teniendo estos los intestinos dilatados por las materias y los gases, y muchas veces infiltrados y friables, es expuesto fiarse de las suturas y solamente de las garantías que ofrece la enteroplexis, cuya coaptacion es sólida y perfecta. «Il faut être bien sûr de la perfection et de la solidité d'un suture intestinale circonferentielle pour la réduire dans l'abdomen; si un point céde, gare á l'épanchement stercoral et á la péritonite généralisée. Car l'abandon en plein péritoine de l' intestin, est toujours gros de périls: un point de suture se désunit et c'est la mort." (*Forgue et Reclus.*)

Si siguiéramos analizando las circunstancias propicias al empleo del nuevo método, seguramente que no pasaríamos por alto la curacion radical del ano contra-natura y de las fístulas pioestercoraceas, en las roturas y perforaciones del intestino, etc., etc.

Con lo expuesto hasta aqui basta y sobra para poner de manifiesto su extensa aplicabilidad.

Contra-indicaciones.—Las contra-indicaciones de la enteroplexis son, la existencia de una hernia, ó un tumor del vientre que aplaste el intestino por vecindad y por debajo del punto operado, porque se comprende que el enteroplexo podria quedar detenido en estos sitios, lo que ha pasado en

el segundo operado, como se verá mas adelante; tambien cuando existe una estrechez mas abajo en el canal intestinal. Este caso podría ser difícil de precisar, pero aun mas que éste, si hubiese una desviacion angular del intestino, resultante de una adherencia preexistente ó de una anomalía de posicion del mismo.

Piezas anatómicas.—El dia 17 de Enero de 1893, fueron sacrificados los tres animales, para comprobar los resultados operatorios y extraer por medio de la autopsia las piezas de conviccion que exponemos al Jurado.

En el primer caso operado el 27 de Diciembre último, esto es, veintiun dias despues, encontramos, abierto el vientre, que las suturas profundas de las paredes abdominales habian cedido, y tres asas intestinales estaban adheridas por algunos puntos á los bordes de la herida en su cara interna. El proceso inflamatorio adhesivo era muy limitado, pero suficiente.

Fué necesario recorrer todos los intestinos separándolos del mesenterio, á fin de averiguar el punto dónde habia sido aplicado el enteroplexo, pues ese no era fácil de encontrar, porque la cicatrizacion era perfecta y no habia estrechez en el punto coaptado, como lo comprueba la pieza anatómica número 1, y á la cual adjuntamos el enteroplexo usado. Al buscar el punto de cicatrizacion del intestino, fué herido éste en su borde mesentérico, debido á una inadvertencia.

En el segundo caso, en el que hicimos con el Dr. A. Reyna una reseccion del intestino, notamos un resultado menos satisfactorio. Las suturas profundas no unieron las paredes gruesas del abdómen; los esfuerzos bruscos del animal, una vez pasada la anestesia, hizo que se precipitaran dos asas intestinales por entre los labios internos de la herida, estableciéndose una hernia ventral intersticial.

La casualidad quiso que justamente el asa que habia sido operada, fuera de las proyectadas por entre los lábios internos de la herida, de manera que al abrir el vientre, las encontramos adheridas por cicatrizacion á la pared de éste. El codo formado al asa intestinal imposibilitó que saliera el *enteroplexo*, y fué hallado allí y próximo un abceso purulento enquistado; aunque el animal, (si se habia de juzgar por sus movimientos y agilidad), parecia que nada de lo relatado le habia sucedido, puesto que comia y defecaba bien. Pudimos compro-

bar tambien que habia tenido lugar un proceso inflamatorio peritoneal bastante extenso.

En vista del estado de la pieza anatómica que hubiéramos podido extraer, y que nada habria adelantado con su presencia en el criterio del Jurado, resolvimos no disecarla.

Este cuasi fracaso operatorio, lo atribuimos por una parte á las suturas profundas que fueron mal establecidas, y por otra, al viento fuerte que sopló durante la operacion, el cual ha debido llevar tierra del piso del galpon sobre el campo operatorio, y esto, sin contar la gran cantidad de moscas que se detenian sobre la herida, y la hora avanzada del dia en el momento en que operábamos.

Hemos entrado en estas explicaciones para demostrar que el resultado, dudoso en este caso, dependió mas bien de los medios é insuficiencias que rodearon la operacion, que del método en su fundamento.

La segunda pieza anatómica, Nº 2, y el enteroplexo adjunto, que fué empleado, pertenecen al caso operado el dia 3 de Enero de 1893. En éste se hizo la sutura contínua del peritoneo, además de las suturas profundas, y pudimos comprobar que esta precaucion que parecia excesiva en un principio, era exactamente lo que debimos hacer en los casos anteriores, porque de esta manera hubiéramos evitado las adherencias del caso primero, y la hernia del caso segundo, pues no es posible evitar los movimientos y esfuerzos bruscos en semejantes operados; además, no es posible usar en ellos vendajes contentivos.

Así, pues, en esta auptosia pudimos quedar plenamente satisfechos al abrir el vientre y cerciorarnos de que la herida, tanto en su parte externa como en la interna, se hallaba perfectamente cicatrizada. El catgut había sido absorbido totalmente durante los catorce días que duró la observacion; no había adherencias entre las asas intestinales y las paredes, ni tampoco entre ellas: á no ser la única que habíamos producido intencionalmente, practicando la ileo-ileostomía.

El punto en que habíamos producido una derivación de la corriente intestinal, fué muy luego hallado; pues las dos asas se encontraban perfectamente adheridas, y la corriente intestinal derivada se hacía tan perfectamente, porque la parte inferior del asa intestinal superior se hallaba contraída por el hecho de su inhabilitación: como atrofiada por falta de fun-

cionamiento, llamando la atencion que este hecho se hubiese acentuado en tan corto tiempo despues de la operacion. (Figura 5ª.)

No hemos podido saber en qué momentos fueron expedidos con la materia fecal los enteroplexos de los casos 1º y 3º, pues éstos fueron hallados entre el estiércol del corral que encerraban los operados despues de habérseles buscado inútilmente en los intestinos de dichos casos.

Conclusiones.—Para terminar vamos á resumir todo lo que hemos expuesto, pudiendo establecer las siguientes conclusiones:

1º. Que las suturas circulares del intestino son difíciles de practicar convenientemente, y requieren un tiempo demasiado largo que redunda en perjuicio del operado.

2º. Que en las operaciones ya largas, la enterorrafia es un acto operatorio que expone á serias pruebas la resistencia, tanto del operado como del operador.

3º. Que la enteroplexis es un método de coaptacion intestinal sencillo, fácil, seguro y rápido, y que está al alcance de los menos avezados en la cirujía.

4º. Que los principios en que está fundado lo hacen susceptible de múltiples aplicaciones en la cirujía gastro-intestinal.

5º. Que en los tres ensayos que hemos practicado dos fueron de un resultado explendente, y el otro fracasó en parte por causas agenas á los principios en que se basa el método.

6º. Que dados los resultados brillantes obtenidos por la enteroplexis y los perfeccionamientos que el método podrá recibir mas adelante y despues de nuevos ensayos, auguramos que en un porvenir no muy lejano, la enteroplexis hará excluir de la cirujía gastro-intestinal la aguja y el hilo, en la mayoria de los casos.

7º. Que las intervenciones de alta cirujía en la parte subdiafragmática del tubo digestivo, encierra un pronóstico aun muy sombrio, á pesar del inmenso progreso de la asepsia y antisepsia quirúrgica. Sus estadísticas resumidas, dan en general una mortalidad alrededor de 70 % en los operados;—estas son causas bien determinadas y evidentes para que, cualquier esfuerzo que se

haga con el fin plausible de aminorarla, sea digno de consideracion y análisis científico.

Hemos desarrollado una idea en la medida de nuestras fuerzas. Ahora esperemos que nuevos estudios le den mayor brillo: que ella pase por el crisol de la controversia, si es que debe haberla; que el calor de la discusion leal y científica se produzca, y la *enteroplexis* saldrá mejor constituida para contribuir al bien de la humanidad.

Buenos Aires, Enero 20 de 1893.

ASISTENCIA DE LOS TUBERCULOSOS

por el Dr. G. Araoz Alfaro

Hay, entre los enfermos que imploran la caridad pública, un grupo especialmente digno de conmiseracion y que se hace, desgraciadamente, cada dia mas numeroso. Me refiero á los tuberculosos, que constituyen una gruesa porcion de la clientela civil de todos los médicos y que cuando han agotado sus recursos, pululan en los consultorios gratuitos y llaman á toda hora á la puerta de los hospitales.

Pocas enfermedades tan á propósito como la tisis para presentar á la vista del médico el contraste chocante de las desigualdades sociales. Afeccion larga y penosa, que hace imposible el trabajo y exige para el tratamiento ingentes gastos, ella devora los escasos ahorros del artesano y al mismo tiempo que quita la vida al que la sufre, arrebata con frecuencia á su familia el alimento y el vestido.

Seria difícil calcular cuántos tuberculosos hay en Buenos Aires, pero todos los médicos sabemos la frecuencia desconsoladora con que se nos presentan, y el hecho de que cerca del 10 % de las defunciones corresponde á esa categoria de

enfermos basta para dar una idea de los desastres que opera entre nosotros el bacillus de Koch.

En presencia, pues, de ese desarrollo alarmante de la enfermedad, en vista tambien de su curabilidad aun en períodos relativamente avanzados, creemos que el rol de los poderes públicos no debe reducirse á lo que se ha hecho hasta hoy y que es necesario dedicar, á los desgraciados atacados por ella, cuidados asiduos que, bien estudiada la cuestion, vendrán á reportar finalmente una real economia social.

Enfermo crónico, el tísico, aparte de no presentar interés por la enseñanza clínica, inmoviliza durante mucho tiempo una cama de hospital. De ahí que, acá como en París, el tuberculoso tenga tambien su *odisea*.

Cuando experimenta los primeros síntomas de su fatal enfermedad, no renuncia fácilmente á los cuidados afectuosos de su familia; se asiste en su casa y con un médico particular: el mal no tiene para él gran importancia, trabaja un poco todavia, y el médico mismo difícilmente se atreve á pronunciar ante el enfermo ó sus allegados el nombre terrible de la enfermedad que se sospecha ó de que está seguro. Y así, sin el reposo necesario, en malas condiciones de higiene, mal alimentado y peor curado, pierde con frecuencia la única época en que su enfermedad podia ser detenida.

Despues, cuando los progresos de la enfermedad se hacen cada dia mas manifiestos, cuando no solo las reservas se han agotado sino que tambien deudas pesan sobre el enfermo y su familia, recurre á los consultorios gratuitos ó solicita su admision en los hospitales. Pero los establecimientos á que desea ingresar están casi siempre cerrados para él y si al cabo de muchos viajes y de varios dias de esperar consigue ingresar á un servicio cualquiera, su permanencia es por lo general corta y poco fructuosa. Hecho el diagnóstico y prescrito un tratamiento, que en las condiciones de medio en que se encuentre el enfermo, es casi siempre inútil, el médico y aun los practicantes dejan pasar los dias sin aproximarse á su cama á menos que algun incidente nuevo atraiga su atencion.

Semejante alejamiento es, en realidad, bien explicable: entre os enfermos de la sala hay muchos que exigen un observacion

prolija y los asiduos cuidados del personal técnico, mientras que la historia del tuberculoso es demasiado conocida y la poca eficacia del tratamiento, en esas circunstancias, demasiado demostrada para que el médico no se sienta desalentado ante las miradas suplicantes del paciente. Por lo demás, la escasez de camas con que cada servicio cuenta y la necesidad de renovar los enfermos, obligan á darle el alta en el mismo momento en que una mejoria real ó engañadora, se manifiesta.

Al cabo de algunos dias, el estado se agrava de nuevo, y es menester volver muchas veces á los hospitales ó á la Asistencia Pública para obtener siquiera al expirar el consuelo de la asistencia médica.

Dos hechos resultan desde luego. Es el primero que á menos de incidentes agudos que los regraven momentáneamente, los tuberculosos no pueden permanecer en los hospitales comunes sin detrimento para la enseñanza y sobre todo, sin gran perjuicio para su salud y para sus compañeros de sala que corren todo el riesgo de un contagio fácil.

El segundo es que estos enfermos necesitan una asistencia médica mucho mas esmerada que la que actualmente puede dispensárseles. Y esta obligacion social es tanto mas imperiosa cuanto que nadie duda hoy de la curabilidad de la afeccion, sobre todo antes de producido el reblandecimiento, y de que los principales factores curativos son el reposo y la vida al aire libre, una alimentacion escogida y algunos agentes terapéuticos que no necesito nombrar.

Durante la administracion del Dr. Coni, la Direccion de la Asistencia Pública se preocupó del abandono en que se encontraban los tuberculosos, abandono tanto mas notable cuanto que las camas de los hospitales municipales no le bastaban para los enfermos agudos.

En la imposibilidad de hacer nuevos gastos, se resolvió habilitar un pabellon en la casa de Aislamiento adonde serian enviados los enfermos en cuestion. Desde entonces, los que son remitidos á ese hospital tienen la seguridad de permanecer allí todo el tiempo necesario, y la Asistencia Pública no carece de camas para sus tuberculosos. Pero este remedio

si bien ha mejorado grandemente la situacion, está lejos de haberla salvado; son bien conocidas las resistencias del público á la Casa de Aislamiento y por otra parte, las familias no se resignan á no visitar frecuentemente á sus enfermos; de ahí que muchos de éstos se niegan á asistirse en ese establecimiento.

Es, pues, urgente mejorar la suerte de estos desgraciados cuyo número aumenta en tan desconsoladora progresion.

La hospitalizacion de los tuberculosos no ha sido aún debatida en los congresos que para el estudio de la tuberculosis se han celebrado en Francia bajo los auspicios del Comité que preside el eminente profesor Verneuil. Lo será sin embargo prontamente, y la «Obra de la Tuberculosis» ha repartido entre todos los médicos de hospitales de Francia, formularios que, una vez llenados, serán elementos importantes de criterio para resolver la mejor manera de tratar esos enfermos doblemente infelices por los sufrimientos que les impone su propia enfermedad y por la imposibilidad en que los pone su mal, de asistirse en los hospitales comunes.

De entre los medios propuestos, parece á primera vista muy aceptable la pension mensual para la asistencia en familia. Pero aunque esto sea muy agradable al enfermo y los suyos, es imposible desconocer que un pobre no encontrará nunca en su habitación el medio ambiente necesario para la curacion de su mal y que no seguirá por otra parte con la exactitud requerida, las prescripciones que le hayan sido hechas para su régimen de vida. Creo, pues, inaplicable este sistetema aún á los tuberculosos incipientes, puesto que es á éstos precisamente á los que mas debemos esforzarnos por curar.

La habilitacion de pabellones especiales en los hospitales comunes no me parece mas indicada. Aparte de que la desinfeccion exigiría permanentemente grandes gastos, faltaria al enfermo el elemento princial de tratamiento: el aire puro é incesantemente renovado.

Queda únicamente la creacion de hospitales extra urbanos, de tísicos. ¿Pero, no es cruel, se ha preguntado, gravar en su portada un nombre cuya horrible significacion el público conoce bien y que seria para los enfermos que entraran, algo así como la fatídica sentencia del Dante?

Ante todo, no es indispensable darles semejante nombre. Por otra parte, un hospital con esa designacion existe en Lóndres

y no por eso se asisten menos tuberculosos, y en Nápoles y otras ciudades de Italia, hay hospicios «de incurables».

Por lo demás, si antes se cuidaba escrupulosamente de que el enfermo no oyera nunca pronunciar el nombre de su mal, el criterio ha variado hoy, y muchos médicos distinguidos no vacilan en hacerlo conocer si bien insistiendo al mismo tiempo sobre el error muy esparcido de considerarlo incurable y haciendo brillar ante el enfermo, segun la expresion de uno de ellos, la esperanza de una curacion próxima que será el premio de su perseverancia; solo así, agrega, tenemos derechos de exigir á un enfermo que abandone sus ocupaciones mas urgentes y se entregue por completo á la observancia de un régimen de vida bien difícil, pero cuyos beneficios no ha de tardar en recojer.

Se objetará que el medio no es práctico: nuestros recursos no están, se dirá, para emprender obras semejantes. No quiero insistir exprofeso sobre las cuantiosas sumas invertidas en trabajos de dudoso interés, pero haré notar solamente que las vidas salvadas importan para el país, económicamente, mucho mas que el dinero que en ello se gastara.

Calcúlese, en efecto, cuánta produccion perdida representa cada uno de esos jóvenes arrebatado por la tuberculosis cuando recien ha adquirido aptitudes para el trabajo fecundo. Tómese, por otra parte, el mínimum de curaciones obtenidas y la riqueza que aporta cada una de esas existencias reconquistadas. Por último, téngase presente que de lo que hoy se gasta en consultorios y hospitales, una fuerte proporcion se consume en la asistencia de los tuberculosos.

No he considerado hasta ahora sino una faz de la cuestion. Queda otra que no es seguramente la menos importante. Esos innumerables tuberculosos que recorren la ciudad de un lado á otro en busca de medicamentos viven en casas en que hay un verdadero hacinamiento: expectoran en las calles y en las habitaciones y diseminan por todas partes y á millares el gérmen productor de su enfermedad. ¡Cuántas vidas se salvarian del contagio si esos enfermos, asistidos en hospitales convenientes, fueran colocados en condiciones de no infectar á los demás! ¡Y qué alto interés cobraria el país sobre el dinero que invirtiera en tan grande obra!

No es mi ánimo ocuparme acá de la profilaxia de la tuberculosis. Haré notar solamente que, merced á la iniciativa

particular, pronto podremos contar con un Asilo en las costas del mar para los niños débiles ó escrofulosos; será un gran paso dado para evitar los desastres de aquella enfermedad. ¿No es justo tratar de continuarla, no solo por la adopcion de otras medidas precaucionales, sino tambien por el tratamiento conveniente de los que no hubieran podido escaparle?

Si los gobiernos carecen de recursos, la caridad popular podria ayudarlos. ¿Por qué, como tenemos un Patronato de la Infancia, no tendríamos una sociedad contra la tuberculosis?

Bien merecen un esfuerzo los pobres tuberculosos, cuyos sufrimientos desearia poder pintar como he podido verlos muy de cerca. ¿Qué seria de ellos si no los acompañara siempre ese optimismo tan estraño en medio de los padecimientos mas espantosos y si no les hubiera sido concedida esa dulce esperanza que sonrie aún en los labios del tísico moribundo?

Buenos Aires, Abril 22 de 1893.

HOSPITAL RAWSON

Servicio del Dr. **Federico Texo**

Un caso de incontinencia de orina; tratamiento por la electricidad.—Sanacion

Por Aquiles Gareiso

Se trata, en el caso que voy á referir, de un enfermo que ha padecido durante 10 años consecutivos de una incontinencia de orina á consecuencia de una fiebre tifóidea con recaida, habiendo comenzado ésta dos meses despues de la recaída.

Al principio sintió dolores en el pubis, á los lados de la columna vertebral, en los alrededores del centro medular génito-urinario; sin embargo, estos dolores desaparecieron rápidamente.

El exámen nos dió los siguientes datos: Miccion: orina de 6 à 7 veces por dia, siendo indiferente estuviera en actividad ó en reposo.

No presenta dificultades para orinar y el chorro no ha sido nunca entrecortado, teniendo éste bastante proyeccion.

Exploracion del canal de la uretra:

El explorador á bola número 21, pasa sin dificultad.

Exploracion de la vejiga y exámen endoscópico:

No es sensible al contacto, admitiendo 420 gramos de líquido.

El exámen endoscópico nos mostró la vejiga muy vascularizada, siéndolo más á la altura del cuello.

Sistema nervioso (reflejos):

El reflejo pupilar era normal, el rotuliano bastante exagerado, siendo el palatino completamente disminuido.

Tratamiento:

Como sintiera dolores en la vejiga despues del exámen endoscópico y para hacer la antisepsia vesical, se le hicieron varios lavajes con una solucion de nitrato de plata al 1 por 500.

Se procedió en seguida á administrarle corrientes farádicas; el polo positivo en el centro medular génito-urinario y el negativo en el cuello de la vejiga, empezando por sesiones de 3 minutos hasta llegar á 15.

El resultado fué rapidísimo; la misma noche no se produjo la incontinencia, habiendo tenido que despertarse el enfermo para orinar. La incontinencia no se ha producido más hasta ahora, habiéndosele hecho 12 aplicaciones eléctricas.

Buenos Aires, Abril de 1893.

CONGRESO FRANCÉS DE CIRUJIA

El Dr. Enrique Tornú, miembro corresponsal del «Círculo Médico Argentino» en París, ha enviado la siguiente correspondencia sobre el Congreso de Cirujía celebrado en la capital francesa en los primeros dias de Abril:

París, Abril 10 de 1893.

Al Sr. Presidente del Círculo Médico Argentino Dr. D. Samuel Gache.

El «Congreso francés de Cirujía» va adquiriendo cada año mayores proporciones, y esta sesion se abrió con 317 miembros, entre los que figuran las más grandes notabilidades quirúrgicas de París, de las Provincias y algunas del extranjero y tal vez el número de cirujanos hubiera sido mayor, si los sujetos de patología y terapéutica quirúrgicas que constituian la órden del dia—((a) Tumores fibrosos del útero; (b) Tratamiento quirúrgico de las afecciones tuberculosas del pié),—no presentaran un poco de aridez.

Los trabajos presentados sobre estos dos sujetos, han sido verdaderamente notables y han puesto en evidencia el valor de los recursos que la ciencia posee para combatir con algun éxito estas afecciones tan comunes; pero ni estos, ni las ilustradas discusiones á que han dado lugar, no han podido hacer inclinar la balanza en favor de tal ó cual procedimiento terapéutico, pues los resultados son poco mas ó menos los mismos y varían naturalmente para cada caso en particular.

En cuestiones tan complejas, es difícil, por no decir imposible, fijar las reglas de la intervencion ó elegir *de parti pris* un tratamiento dado y en nuestra modesta opinion creemos que el cirujano debe guiarse de las indicaciones particulares á cada caso.

Para la primera cuestion (*Tumores fibrosos del útero*) queda, pues, todavia pendiente la discusion entre los partidarios del bisturí *á outrange* (cualquiera qué sea el procedimiento empleado: Histerectomia abdominal ó sacra, vaginal con *morcellement* ó no, etc.) y los que solo ven en la pila eléctrica el elemento salvador. Creo que un término medio no seria malo!

En cuanto á la segunda (Tratamiento de las afecciones tuberculosas del pié), los trabajos presentados y las discusiones á su respecto han demostrado claramente las ventajas de las resecciones parciales, lo que hace grande honor á la cirujía francesa, esencialmente conservadora, y las amputaciones deben conservarse solo para ciertos y muy determinados casos cuando el estado general del enfermo lo exija de una manera imperiosa. Me es imposible relatar todas las importantes

observaciones leídas ante el Congreso y que vienen en apoyo de este modo de ver y solo me limitaré á citar la de mi maestro y amigo el Dr. Villar por ser la mas probante: el Dr. Villar resecó el *astragalo*, el *escafoides*, el *cuboides*, los tres *cuneiformes*, una parte del *calcáneo* y los cinco *metatarsianos!* El resultado de esta intervencion ha sido excelente: la operada comienza ya á caminar y el pié deforme, es verdad, pero conservado, se mantiene en un estado sólido.

Respecto al tratamiento por el *cloruro de zinc*, del profesor Lannelongue, ha dado en algunos casos buen resultado, en otros mediocre y en ciertos ha sido completamente nulo. Creo que este método, que aunque un poco doloroso, será siempre bien aceptado por los enfermos que en general tienen horror de las operaciones, debe conservarse (y emplearse en todos los casos en que la afeccion está en su principio), y merece un poco más de atencion de parte de aquellos cirujanos que solo creen en el bisturí y descuidan aquellos medios más modestos que no han experimentado suficientemente.

Pero fuera de las comunicaciones relativas á los asuntos á la órden del dia, se han presentado á este Congreso, numerosos y muy interesantes estudios sobre diversas cuestiones quirúrgicas y esta plétora, que ha necesitado sesiones extraordinarias, demuestra la fiebre de trabajo que anima á los cirujanos y prueba la necesidad é importancia de los congresos de esta especie en los que puedan condensarse y discutirse los progresos siempre crecientes de la cirujía contemporánea.

La lista de estos trabajos es tan grande que no me es posible citarlos todos y me limitaré á mencionar aquellos relativos á algun procedimiento nuevo:

Quènu (de Paris), *Tratamiento operatorio de las hemorroides por un procedimiento especial;* Pozzi, *Tratamiento de las desgarraduras del periné;* Delagenière, *Ausencia congénita del recto, nuevo procedimiento de intervencion;* Thiriar (de Bruselas), *Transplanto óseo en la cura radical de las hernias;* Delorme (de Paris), *Nuevo método operatorio destinado á reemplazar en algunos casos la operacion de Estlander y á permitir otras intervenciones intratorácicas;* Roux (de Lauzanne), *Sobre la cirujía gastro-intestinal;* Jacobs (de Bruselas), *Histeropexia vaginal doble;* van Stockum (de Leyde), *Experiencias sobre la teoría de la compre-*

sion cerebral; LE DENTU, *Implantaciones óseas en el tratamiento de las afecciones tuberculosas del pié*, etc., etc.

Tengo el honor de saludar al Sr. Presidente con mi consideracion más distinguida.

DR. ENRIQUE TORNÚ.

CONGRESO MÉDICO PAN-AMERICANO

SECCION DE PATOLOGÍA

Filadelfia, Marzo 25 de 1893.

Muy señor mio:

Tengo el honor de llamar la atencion de Vd. á la adjunta nómina de los Sres. Profesores que componen la mesa de la Seccion de Patología del Congreso Médico Pan-Americano. Le acompaña un extracto del Reglamento en lo que concierne á la preparacion y envío de escritos y trabajos que han de presentarse en esta Seccion.

Tambien se hacen esfuerzos por terminar en breve la edicion española del Anuncio Preliminar y Programa del Congreso.

Le suplico á Vd. la insercion de dicha nómina y extractos en su importante periódico, para que sirvan de norma á los Sres. Profesores que deseen honrarnos con sus trabajos. Y suplícole asimismo que ofrezca en nombre de la Seccion la más cordial acogida á nuestros colegas latino-americanos.

En esta Seccion se tratará de Patología General, de Anatomía Patológica y de Bacteriología Se desea dar preferencia á estudios sobre enfermedades especiales de diversos países. Distinguidos profesores del litoral del mediterráneo americano han ofrecido importantes trabajos sobre *fiebre amarilla*. Se discutirá también el *cólera*, el *cáncer*, las enfermedades *hepáticas* de los trópicos, la lepra, la sífilis y la tuberculosis en los diversos climas y las razas. Sobre todos estos temas han ofrecido estudios profesores cuyas reputaciones alcanzan á ambos continentes. Esta selección no excluye la presentacion de otros problemas.

Obsérvese que el Reglamento pide que se envien *extractos* de los trabajos para principios de Julio. El envío anticipado

de estos *extractos* facilitará mucho el trabajo de distribuirlos, ya traducidos en los diversos idiomas del Congreso, antes de reunirse éste. Es de esperarse que este prévio conocimiento de los temas acreciente en mucho el interés de las discusiones de la Seccion.

Reiterando para Vd. y sus colegas los ofrecimientos del más cordial compañerismo

Tiene el honor de subscribirse su muy atto. S. S.

El Presidente Ejecutivo de la Seccion,

JUAN GUITÉRAS.

Sansom 4914, Filadelfia.

EMILIO MARTINEZ DE HOZ

Con la muerte del Sr. Emilio Martinez de Hoz, presidente de la comision municipal de hospitales de Buenos Aires, se pierde un filántropo abnegado, un gran carácter, un hombre bueno en el sentido ámplio de la frase. Es por esto que ella ha sido un luto para la sociedad argentina.

Publicamos en seguida el discurso pronunciado por el Intendente Municipal, Dr. Miguel Cané, en el acto del entierro del Sr. Martinez de Hoz.

Señores:

Los que sufren están de luto; en el hombre bueno cuyos despojos entregamos á la tierra, han perdido el protector que durante largos años se habia entregado á la dulce tarea del consuelo. Ella le ha rendido al fin y es en una de las mañanas en que visitaba los hospitales que el gérmen de muerte penetró en su cuerpo hasta entonces de hierro. Todos le conocian en esos tristes hospicios donde la inagotable caridad de este pueblo acoge á los desheredados; muchas veces los hemos recorrido juntos y al ver su serenidad, su palabra alegre y alentadora delante de espectáculos capaces de enfriar el corazon, cobraba ánimo á mi vez, para aceptar y sobrellevar la grave responsabilidad que pesa sobre mí. Para el insano, pronto á exaltarse y llegar al paroxismo, tenia acentos de una dulzura tal, pacientes tolerancias tan sugestivas, que la

confusa tormenta cerebral se disipaba; para el enfermo era como un médico del alma ese anciano afectuoso, que buscaba todos los medios de hacer menos dura su situacion, entrando en los detalles mas nimios de su alimentacion, de las ropas que lo cubrian, del aire que respiraba.

Ahí está, señores, el verdadero honor de nuestra especie; no en los conductores de pueblo, á quienes mueve esa fuerza ciega de la ambicion para la que no hay vallas; ahí, en esos corazones que se purifican dilatándose, como si quisieran alcanzar y amparar todas las desventuras humanas. Son esos los hombres útiles en las repúblicas, obreros abnegados de oscuras tareas, de las que depende, mas que de las altas combinaciones de la política, el bienestar de la vida colectiva. Ellas, con su concurso desinteresado, van acumulando los elementos de la organizacion definitiva, lo que todos perseguimos en medio de nuestro caos embrionario, lo que sellará al fin nuestra nacionalidad y nuestra cultura. No basta ser libres, no basta ser ricos; el perfeccionamiento del organismo interno, la pureza administrativa, la economia en los servicios públicos, tales son los problemas sociales que tenemos que resolver.

Él me alentaba en ese camino, él me traía su concurso constante, sin pretensiones, sin aparato. No habia para él tarea pequeña ni indigna, no conocia el peligro; paseaba entre los dementes furiosos con la misma tranquilidad que entraba á una sala de diftéricos. Llevaba su abnegacion hasta comprometer su fortuna y su reposo, contrayendo compromisos que luego caían pesadamente sobre él. Tenia, por instinto, la iniciativa del bien y jamás se apelaba en vano á su actividad, á su afanoso interés, cuando el objetivo era una mejora en el servicio ó un alivio para los desgraciados.

En nombre de todos aquellos que en estos momentos lloran silenciosamente su muerte tendidos en sus lechos de hospital; en nombre de todas las criaturas desamparadas á quienes él buscó abrigo y pan; en nombre de este pueblo que en vida le habia dado ya su cariño y su respeto, doy el último adiós al hombre bueno que nos deja con su memoria el mas noble de los ejemplos humanos, la caridad.

Profesor B. Ball.—Ha fallecido el eminente profesor B. Ball, de la facultad de Paris.

EL PERÓXIDO DE HIDRÓGENO EN LA DIFTERIA

El doctor Benjamin Ward Richardson ha publicado en el *Medical Press and Circular*, una nota relativa al asunto que encabeza estas líneas, en la que confirma la aseveracion del doctor F. H. William, de Boston, acerca del valor de una solucion de peróxido de treinta volúmenes en el tratamiento local de la difteria. El doctor William ha indicado el hecho en el *Medical and Surgical Journal* de Boston, de que muchos que usan el peróxido emplean soluciones de insuficiente fuerza para obtener de ellas el éxito que se desea en el tratamiento de la difteria, mientras que él ha usado soluciones hasta de treinta y dos por ciento con magníficos resultados, ya en forma de pulverizaciones, ya en la de inyecciones submucosas en la garganta.

El doctor Richardson dice que cuando él empezó á emplear terapéuticamente el peróxido, era éste una de las más raras curiosidades químicas; que comenzó usándolo en soluciones de cuatro á cinco volúmenes de fuerza, y que después llegó hasta la de veinte y treinta volúmenes, pero que bien pronto aprendió que con estas soluciones tan activas, la oxidacion era tan rápida en presencia del pus y de otras materias análogas como de carácter prácticamente explosivo. En una ocasion inyectó en un abceso una dracma de una solucion de treinta volúmenes á través de una abertura practicada extrayendo un diente, y la reaccion producida fué tal, que se alarmó al presenciar el chorro de pus espumoso que siguió á la inyeccion.

Á consecuencia de este caso y de la experiencia obtenida en una larga práctica de este medicamento, el doctor citado cree que la solucion que, como regla general, debe emplearse, no debe pasar de diez volúmenes, si bien no hay inconveniente en aumentar su energía si así lo exigiere la indicacion.

VARIEDADES

FÓRMULAS PARA EL TRATAMIENTO DE LA LEUCORREA

Gallois recomienda las soluciones cuyas fórmulas damos á continuacion, para eltratamiento de la leucorrea:

R Sulfato de cobre..... 1 gramo.
Agua..... 256 gramos.
M. y úsese como inyeccion en la leucorrea crónica.

Recétese al mismo tiempo algun ferruginoso y ordénense baños generales.

R Ácido salicílico..... 6 gramos.
Glicerina..... 128 »
Agua..... 1 litro.

Disuélvase el ácido salicílico en la glicerina con ayuda del fuego y luego agréguese el agua.

La cantidad prescrita se usará en seis inyecciones, una cada dia, en la vaginitis debida á irritacion ó inflamacion en la vecindad del útero ó de la vulva.

R Clorato de potasio..... 16 gramos.
Vino de ópio..... 10 »
Agua de Brea..... 500 »
M. s. a.

TRATAMIENTO DEL CÓLERA EN LAS ISLAS FILIPINAS, EN LA INDIA Y EN LA CHINA

Refiere el Dr. Masó Brú, en la *Revista de Ciencias Médicas* de Barcelona, los distintos medios curativos que están en boga en los países arriba mencionados para contener un ataque de cólera. Dice que en Filipinas emplean con predileccion los tónicos y especialmente hacen mucho uso del coñac. Preparan una bebida llamada «charrazaca», cuyo principio activo parece ser la menta, y que tiene además pepitas de una especie de nuez vómica que llaman «catbalogan», y de las que hacen una tintura que echan en vino generoso mezclado con el agua de Seltz artificial; todo esto aparte de los diferentes agentes externos de calorificacion. En la India (Bombay, Calcuta,

Madrás) usan la ginebra mezclada con pimienta negra y aceite de castor en pocion, cuyo tratamiento consideran como un verdadero específico. Y en la China (Amoy, Canton, Hong-Kong), practican la acupuntura repetidas veces, dando además unas píldoras compuestas de sulfuro de arsénico, del de mercurio y bezoard.

EL IODURO DE POTASIO EN LA CEFALALGIA

Las propiedades anticefalálgicas de esta sal en dósis muy pequeñas y repetidas con frecuencia, son admirables. Doce centígramos en treinta y dos gramos de agua, la cual se tomará á pequeños tragos de manera que los treinta y dos gramos se consuman en un cuarto de hora, alivia completamente en igual espacio de tiempo esas cefalalgias frontales tan comunes, que van acompañadas de languidez, escalofrios, malestar general y repugnancia á los alimentos, con conatos de náuseas. Los dolores de cabeza en cuestion, carecen de causas especiales ó definitivas, y deben clasificarse como cefalalgias simpáticas, con un pequeño elemento sifilítico personalmente adquirido ó heredado. El efecto del ioduro de potasio, administrado del modo que dejamos dicho, es muchas veces maravilloso, y la rapidez de su accion curativa es una ventaja inmensa.

ENVENENAMIENTO POR LA ESTRICNINA

Por un error, se tragó un inglés nada menos que un gramo de estricnina, cantidad suficiente para haber matado acaso á un elefante, y sin embargo no murió, merced al acertado y oportuno tratamiento que se puso en práctica á los diez minutos de ocurrido el accidente.

El estómago del hombre se hallaba en estado de plenitud, y se produjeron los vómitos aplicando inyecciones hipodérmicas de apomorfina y administrando al interior algunas cucharadas de mostaza y sal, que fué lo que se encontró mas á mano, lavándose despues el estómago con la bomba estomacal. Como antídotos se propinaron el cloral, el tanino y los bromuros, con lo que el inglés recuperó por completo la salud.

Biblioteca del Círculo Médico Argentino

OBRAS ENTRADAS EN EL MES DE ABRIL DE 1893

DONACION DEL SR. AGUSTIN ETCHEPAREBORDA

(Todas las obras encuadernadas)

BAUMEL L.— Maladies de la l'appareil digestif —edicion de 1888—dos tomos
G. SOLÁ E.—Tratado elemental de histología.....— » » » —1 tomo
SPEHL E.—Exploration clinique.....— » » » —1 »
LUTAUD.—M. Pasteur et la rage.....— » » 1887 —1 »
FREY H.—Précis d'histologie.....— » » 1886 —1 »
M DE SAN JUAN.—Tratado elemental de histología— » » 1885 —1 »
JACCOUD S.—Pathologie interne.....— » » 1883 —3 tomos
IVON P.—L'art de formuler.....— » » 1879 —1 tomo
RACLE,—Diagnostic mèdical.....— » » 1878 —1 »
HARLEY G.—De l'urine et de ses altérations.....— » » 1875 —1 »
CARRERAS.—Estudios oftalmológicos.....— » » » —1 »
FERRAND.—Thérapeutique mèdicale.....— » » » —1 »
HUXLEY.—Anatomie comparée.....— » » » —1 »
MITCHELL W.—Lésions des nerfs .....— » » 1874 —1 »
GIACOMINI.—Matière médicale.....— » » 1873 —1 »
DESPRÉS.—Traitè de la syphilis.....— » » » —1 »
TARDIEU.—Manuel de pathologie..... ...— » » » —1 »
RODRIGUEZ.—Manual de patología interna.....— » » 1872 —1 »
DALTON.—Physiologie et hygiène.....— » » 1870 —1 »
FANO.—Traité de Chirurgie..... .....— » » 1869 —2 tomos
HUXLEY.—Leçons de Physiologie élémentaire.....— » » » —1 tomo
BENNET.—Inflammation de l'utérus.....— » » 1864 —1 »

POR COMPRA

DOMINGUEZ S.—Lecciones de Bacteriología.....—edicion de 1891—2 ejemplares

Direccion General de Estadística Municipal

Defunciones ocurridas en la ciudad de Buenos Aires durante el mes de Marzo de 1893

MORTALIDAD SEGUN SEXO Y ENFERMEDAD

ENFERMEDADES	SEXOS V.	M.	Total
A Afecciones generales			
1. INFECCIOSAS, CONTAGIOSAS Y MIASMÁTICAS			
Fiebre tifóidea	19	8	27
Sarampion	2	4	6
Coqueluche	—	4	4
Difteria	15	21	36
Crup	10	8	18
	46	45	91
2 SOLAMENTE VIRULENTAS			
Carbúnculo	1	—	1
3. CONSTITUCIONALES Ó DIATÉSICAS			
Tuberculosis	50	20	70
» meningea	5	2	7
» del abdómen	1	—	1
Tabes mesentérica	3	1	4
Escrofulosis	—	1	1
Sifilis infantil	1	—	1
» en adultos	2	—	2
Cáncer	4	4	8
» del estómago	1	1	2
» del hígado	2	—	2
» del piloro	3	—	3
» del ojo	1	—	1
» de la cara	1	—	1
» de la cadera	—	1	1
» del exófago	1	—	1
» de la mama	—	2	2
» de la lengua	1	—	1
» del útero	—	4	4
» del ano	1	—	1
» gastro hepático	1	—	1
» de la laringe	3	—	3
Púrpura	1	—	1
	82	36	118
B Afecciones locales, agudas ó crónicas			
1. ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO			
Congestion cerebral	10	3	13
Apoplegía	—	3	3
Hemorragia	6	3	9
Meningitis	31	22	53
Meningo-encefalitis	3	3	6
Encefalitis	1	2	3
Embolia	—	1	1
Derrame cerebral	4	1	5
Hidrocefalia	4	1	5
Mielitis	2	—	2
Reblandecimiento cerebral	1	2	3
Esclerosis cerebro espinal	1	—	1
Tétano traumático	3	—	3
» infantil	11	4	15
Eclamsia infantil	1	4	5
Parálisis general progresiva	4	3	7
Alcoholismo	1	—	1
Ataxia locomotriz	1	—	1
Hemoplegia	—	1	1
Otitis	1	—	1
Locura paralítica	—	1	1
	85	54	139
2. ENFERMEDADES DEL APARATO CIRCULATORIO			
Pericarditis	1	—	1
Endocarditis	2	2	4
Aneurisma	2	1	3
» de la aorta	3	—	6
Hemorragia	4	2	6
» umbical	1	—	1
Angina de pecho	1	—	1
Vicio orgánico alcorazon	44	16	60
Ateromasia arterial	1	2	3
Miocarditis	1	2	3
P. del agro. de botal	1	1	2
Hemofilia	1	—	1
	62	26	88
3. ENFERMEDADES DEL APARATO RESPIRATORIO			
Laringitis estridutosa	1	—	1
Laringitis	2	2	4
Bronquitis	10	10	20
Bronco-neumonía	14	10	24
Neumonia	24	13	37
Pleuro-neumonía	2	2	4
Pleuresía	1	2	3
Congestion pulmonar	4	3	7
Edema de la glotis	1	—	1
Hidrotorax	1	—	1
Apoplegia pulmonar	—	1	1
Gangrena pulmonar	—	1	1
Penetracion de un cuerpo extraño en las vías respiratorias	1	—	1
	61	44	105

ENFERMEDADES	SEXOS V.	M.	Total
4. ENFERMEDADES DEL APARATO DIGESTIVO			
Gastritis	2	1	3
Gastro-enteritis	29	40	69
Atrepsia	11	14	25
Fiebre gástrica	1	1	2
Ulcera del estómago	1	—	1
Indigestion	5	2	7
Enteritis	18	17	35
Entero-colitis	4	1	5
Disenteria	3	3	6
Oclusion intestinal	—	3	3
Peritonitis	10	6	16
Cólera infantil	—	1	1
Hernia	1	1	2
Hepatitis	3	—	3
Icteria	1	—	1
Atrofia del hígado	—	2	2
Hématemesis »	—	1	1
Abceso »	1	—	1
Cirrosis	—	1	1
» hepática	1	—	1
» del hígado	2	1	3
	93	95	188
5. ENFERMEDADES DEL APARATO GÉNITO-URINARIO			
Cálculos vesicales	1	—	1
Cistitis crónica	1	—	1
Uremia	4	2	6
Nefritis	5	3	8
Fibroma uterino	—	1	1
Hemorragia uterina	—	1	1
Infiltracion urinaria	1	—	1
	12	7	19
6. ENFERMEDADES DE LA PIEL Y TEJIDO CELULAR.			
Erisipela	2	—	2
Gangrena	—	1	1
Pénfigo	1	—	1
Flemon iliaco	1	1	2
Ulcera gangrenosa	1	—	1
	5	2	7
7. ENFERMEDADES DE LOS ÓRGANOS DE LA LOCOMOCION.			
Mal de Pott	1	—	1
	1	—	1

ENFERMEDADES	SEXOS V.	M.	Total
8. AFECCIONES PUERPERALES.			
Fiebre	—	4	4
Metroperitonitis	—	1	1
	—	5	5
C Muertes accidentales ó violentas			
Asfixia por gas carbón.	2	—	2
» por sumersion	11	1	12
Heridas	11	1	12
» por arma de fuego	1	—	1
Ustion	2	4	6
Envenenamiento	—	1	1
Síncope	—	1	1
Traumatismo	1	—	1
Fractura	5	1	6
	33	9	42
D Nacidos muertos ó muertos poco despues de nacer			
Debilidad congénita	12	12	24
Nacidos muertos	52	39	91
Espina bífica	1	—	1
Icteria	1	—	1
	66	51	117
E Sin clasificacion			
Abceso	1	—	1
Anemia	2	—	2
Ascitis	—	1	1
Coma	1	—	1
Consuncion	5	7	12
Fistula	1	—	1
Vómitos	—	1	1
Septicemia	3	1	4
Senectud	3	9	12
Tumor	1	1	2
Marasmo	5	—	5
Héperenna	1	—	1
Sin especificacion	1	1	2
	24	21	45

RESÚMEN

VARONES	MUJERES	Total
571	395	966

Año XVI—1893 BUENOS AIRES Tomo XVI—Nº 6

Anales del Círculo Médico Argentino

JUNIO DE 1893

NUEVO TRATAMIENTO DEL MYXOEDEMA

Su aplicacion al cretinismo endémico en algunas provincias de la República Argentina

Por el Dr. Diego T. R. Dávison

Con razon se ha dicho que el reciente descubrimiento del tratamiento del myxoedema por medio de la administracion interna de glándulas tiroideas, constituye uno de los mas grandes triunfos que la medicina ha obtenido.

La myxoedema es una enfermedad que hasta hace pocos años era desconocida como entidad propia, tocándole muchas veces á sus víctimas la suerte de concluir sus dias en los hospicios de locos, confundidos entre los desgraciados que allí se asilan.

Hoy no solamente es conocida la enfermedad, sino que basado en su patologia experimental, se ha descubierto un tratamiento racional, que restituye á la vida activa de la sociedad á seres humanos antes condenados moral y físicamente á la vida vegetativa.

Fué Sir William Gull, quien primero diferenció la enfermedad como un «estado cretinoideo que suele sobrevenir á las mujeres en la edad adulta». El Dr. Ord siguió la investigacion, encontrando que los atacados no pertenecian únicamente al sexo femenino, sino que tambien los hombres sufrian de la enfermedad. El Dr. Ord fué tambien el que primero dió la clave de la patologia de la myxoedema llamando la atencion sobre el estado atrofico en que se encontraban las glándulas tiroideas en las atacadas de dicha enfermedad. Despues vino

lo patologia experimental demostrando que los animales á quienes se les extirpaba las glándulas tiroideas desarrollaban síntomas idénticos á los que sufrian los seres humanos cuando eran atacados de myxoedema. Y por último se llegó al tratamiento de la enfermedad, proporcionándole al cuerpo un idéntico producto de la glándula, que por atrofia habia dejado de funcionar, causando una profunda perturbacion en su economia—tratamiento que da por resultado la desaparicion de todos los síntomas y la restauracion á la vida normal.

Síntomas de la enfermedad

El Dr. Héctor Mackenzie, que ha sido uno de los principales obreros en la elucidacion de la sintomologia y tratamiento de la afección, describe de la siguiente manera los síntomas de ella.

«Cuando la enfermedad está bien desarrollada hay un considerable aumento en el volúmen y peso del cuerpo. La fisonomía cambia de una manera muy marcada, y los pacientes toman un mismo aire de familia, asumiendo su rostro expresion de suavidad. Las cejas están elevadas, los párpados hinchados, y las ventanas de la nariz ensanchadas; el labio inferior aumentado en volúmen, evertido y lívido, mientras que las mejillas presentan una area colorada bien definida que contrasta fuertemente con la palidez de los parpados

El cutis está seco y no traspira, escamoso, y sin vello. El pelo seco, y friable, y frecuentemente muy escaso no solamente en la cabeza, sino sobre las cejas, en las axilas, etc. El tejido subcutáneo está hinchado, especialmente en la region de las manos, piés y piernas, dando á uno la idea que existiera edema, pero esta hinchazon no deja impresión al apretar con el dedo. Generalmente hay exceso de volúmen en las regiones supra claviculares; las encias están hinchadas y esponjosas, los dientes careados, la lengua, la campanilla, y el paladar blando, hinchados.

La temperatura casi invariablemente es subnormal, y el paciente sufre una sensacion de frio. Hay una marcada lentitud en el entendimiento, en el pensamiento, y en la accion, y el paciente es torpe en sus movimientos. Ademas, el enfermo

se dá poca cuenta de esta lentitud. Generalmente la memoria no recuerda bien hechos recientes. El caracter es irritable ó complaciente, ó alterna el uno con el otro. Su sola palabra es á menudo tan característica de la enfermedad que basta para revelarla. La palabra es lenta, monótona y deliberada, y existe algunas veces tal persistencia de idea que cuesta mucho cambiar de tema de conversacion ó concluir esta. La sensacion puede ser retardada de una manera marcada. El oido, el olfato y el sabor pueden estar deteriorados ó alterados. El paciente puede sufrir de cefalalgia frontal ú occipital, de dolores reumáticos, adormecimiento, ó cosquilleos en las extremidades. Frecuentemente hay algo de incoordinacion y las piernas se aflojan repentinamente. Algunas veces sufre de calambres. El pulso generalmente es débil, de fácil compresibilidad y lento. Existe una tendencia á hemorragias de la garganta, encias, nariz y útero.

La orina generalmente es de baja densidad, y á lo último generalmente contiene albumina. Los síntomas se agravan durante la estacion fria y aunque todos ellos no están presentes en cada caso, siempre existe en número suficiente para poder fundar un diagnóstico correcto.

El curso de la enfermedad es de un progreso lento aunque en algunos casos se han notado periodos de remision... Por lo general, para los pacientes, la vida es una carga. Muchos concluyen sus dias en los asilos de locos. Algunos mueren de tisis ó alguna otra enfermedad intercurrente, mientras que los demás sucumben tarde ó temprano á la enfermedad misma.

Tal es el cuadro sintomático que presenta la myxoedema, y tal era hasta ayer el pronóstico fatal que acompañaba al diagnóstico de dicha enfermedad.

Patologia de la myxoedema

La palabra «myxoedema» que fué dada á la enfermedad por el Dr. Ord, implica un edema de mucina, y se refiere á uno de sus síntomas característicos, que es el aumento de volúmen en varias partes del cuerpo – aumento debido á la existencia

de una gran cantidad de mucina en el tejido subcutáneo,—el resultado de su degeneracion mucosa.

Esta degeneracion que no está limitada al tejido conectivo subcutáneo, sino que tambiem afecta el mismo tejido situado en otras partes, es un desórden de nutricion que tiene su orígen en un algo de que carece la sangre cuando la glándula tiroidea no puede funcionar.

El año 1888 una comision de la Sociedad Clínica de Lóndres á la que habia sido encomendado el estudio de esta enfermedad, dió su dictámen, despues de un laborioso trabajo, y entre las conclusiones á que llega, están las siguientes:

«3. Que las observaciones clínicas y patológicas respectivamente indican de una manera decisiva, que la condicion comun á todos los casos, es un cambio destructivo de la glándula tiroidea.

4. Que la forma mas general de este cambio destructivo de la glándula tiroidea consiste en la sustitucion de la propia estructura glandular por un delicado tejido fibroso».

Evolucion del tratamiento científico

El Dr. Ord fué el primero que llamó la atencion sobre el estado atrofico de la glándula tiroidea en la myxoedema.

El Dr. Senon llamó la atencion sobre la semejanza que existia entre los síntomas de la myxoedema y los producidos por la extirpacion de la glándula tiroidea;—estos últimos síntomas habian sido descritos por Cocher bajo la denominacion de «Cachexia Strumi priva».

El Dr. Horsley por medio de experimentos probó la gran semejanza que habia entre los síntomas de myxoedema y los que se producian despues de la extirpacion de la glándula tiroidea en los animales.

El profesor Schiff demostró que los síntomas producidos en animales despues de extirparles la glándula tiroidea se podian modificar sí primero se ingertaba otra glándula tiroidea en el cuerpo del mismo animal.

Basado en los resultados de esta patologia experimental, el Dr. Horsley dió el primer paso en el sentido de un tratamiento racional y científico, y sugirió la idea que se usase

como tratamiento en la myxoedema el ingerto de una glándula tiroidea en el cuerpo del paciente.

El resultado de este tratamiento fué alentador.

Vassale en 1890, y Gley en 1891, demostraron que los síntomas producidos por la tiroidectomia en los animales se podian modificar administrando inyecciones hipodérmicas de un extracto de glycerina preparado con glándulas tiroideas.

Despues avanzó otro paso, cuando basados en los experimentos de Vassale y Gley, Brown Séquard y D'Arsonwal en Francia y Murray en Inglaterra, sugirieron que se aplicara las inyecciones hipodérmicas de estracto de glándula tiroides al tratamiento de la myxoedema. Los resultados fueron mas alentadores que con la trasplantacion de la glándula tiroidea.

Por último, se dió el tercero y mas adelantado paso, cuando el Dr. H. Mackenzie y el Dr. Fox, simultáneamente, descubrieron que todas las ventajas del tratamiento con inyecciones hipodérmicas, sin ninguna de sus desventajas, se podian obtener con solamente administrar las glandulas tiroides ó alguna preparacion de ellas, por la boca.

Efectos del tratamiento

Los efectos de este tratamiento son verdaderamente sorprendentes, y comienzan á manifestarse muy poco tiempo despues que se ha iniciado. La temperatura se eleva; desaparece la sensación de frio; el cútis vuelve á traspirar; el pelo crece; la inteligencia y la palabra recuperan su dominio; el volúmen y el peso del cuerpo disminuyen; viene una descamacion del cutis como despues de la escarlatina, y la salud general reaparece.

Precauciones á observar en el tratamiento

Aunque á primera vista pareceria que este tratamiento fuese muy sencillo, la práctica ha demostrado que no lo es, y que al contrario, si no se le administra con mucha cautela, puede producir la muerte del paciente. La glándula tiroidea, ya sea administrada por la boca, ya sea administrada por inyeccion hipodérmica, tiene una accion muy poderosa sobre los órganos de la circulacion, y sobre los centros del sistema ner-

vioso. Entre los malos efectos producidos por la administracion de la glándula tiroidea, se han notado síncopes, pérdida de conocimiento, espasmo general muscular, náuseas, irregularidad cardíaca, debilidad y traspiracion al hacer algun esfuerzo. Estos malos efectos de la medicacion se evitan disminuyendo la dósis.

En pacientes cuyos órganos de circulacion no funcionan bien, hay que tener mayor cuidado, pues se ha notado que en estos casos, cuando sobreviene un mejoramiento de todos los síntomas, hay una propension en el corazon á desfallecer, como si no hubiera tenido tiempo á adaptarse á la nueva actividad del cuerpo. Es, pues, necesario que cuando se trate á un paciente de myxoedema que al mismo tiempo sufre del corazon, se le obligue á abstenerse de hacer esfuerzos de ninguna clase, ó mejor, guardar el mayor descanso posible durante la evolucion del mejoramiento. Es así necesario que se conozca el peligro de este tratamiento, para que debido á su aparente sencillez no vaya á caer en manos del vulgo y llegue á desacreditarse.

Modos de administrar las glándulas tiroideas

A. En polvo. Se prepara el polvo desecando en extracto de glicerina de la glándula.

B. Por inyeccion hipodérmica. Se remueven las glándulas de varías ovejas inmediatamente despues de ser muertas. Cada lóbulo de la glándula es entonces cortado en pedazos pequeños y triturado en un mortero. Para cada lóbulo se agrega un centímetro cúbico de glicerina y un centímetro cúbico de una solucion de ácido carbólico en agua destilada hervida á 0.5 por ciento.

Se deja todo esto durante doce horas y despues puesto en un lienzo se exprime bajo presion para obtener la mayor cantidad de líquido posible. Todos los aparatos que se usen en esta preparacion tienen que ser préviamente limpiados con agua hirviendo y con una solucion de ácido carbólico al 20.

Estas son las prescripciones del Dr. Murray, quien tambien aconseja que de este líquido se inyecten 25 gotas una vez por semana, aunque en algunos casos será mejor dar 10 ó 15 gotas

con más frecuencia. La inyeccion tiene que ser dada muy despacio, ocupando la de 25 gotas cinco minutos en su administracion, pues es despues y durante las inyecciones cuando los malos efectos del tratamiento se presentan con mayor fre cuencia.

Inútil es recomendar que la inyeccion debe administrarse con precauciones antisépticas.

C. En estado crudo. La dósis recomendada por Mackenzie es media glándula ó una entera dos veces por semana al principio; despues una vez por semana es suficiente. Se puede tomar la glándula de otra manera;—cortándola en pedacitos y agregándole un poco de caldo ó una pequeña cantidad de coñac. Tambien se ha administrado la glándula ligeramente frita y aparentemente con buenos resultados.

Se teme, sin embargo, y con razon, que si se somete la glándula á una alta temperatura, pierda su virtud curativa, y por último se ha administrado de otra manera, todavia:—se corta la glándula en pedacitos y se le agrega unas cucharaditas de agua, y se deja media hora. Despues se exprime el jugo pasándolo por un pedazo de muselina, y este jugo se bebe mezclado con un poco de caldo.

Este último método no ha sido todavia suficientemente probado, y no hay duda que lo mejor, cuando es factible, es comer las glándulas crudas.

Aplicacion del tratamiento al cretinismo endémico

Y ahora se podria preguntar si el tratamiento que ha dado tan buenos resultados en la myxoedema seria aplicable al cretinismo endémico. Creo que hay razon suficiente para, á lo menos, hacer una tentativa en ese sentido. Es cierto que los síntomas generales de las dos enfermedades no son idénticos en detalle, pero es igualmente cierto que en ambos casos el conjunto de los síntomas obedece á una perversion de nutricion, perversion asociada en cada caso con un estado patológico de la glándula tiroides. La etiología será diferente para cada enfermedad, pero si como hay razones poderosas para creerlo, las causas actúan sobre la glándula tiroidea directamente y los síntomas son debidos á la consecuente perversion

del funcionamiento de dicha glándula, hay esperanzas para creer que la mejoria obtenida en un caso con la restitucion en la economía del producto de glándulas tiroideas sanas, podria obtenerse igualmente en el otro.

Ya se han tratado algunos pocos casos de bocio exóftalmico con la administracion de glándulas tiroideas, pero sin resultado; y esta falta de éxito se explica desde que los sintomas de esta enfermedad no son debidos al estado patológico de la glándula tiroidea, sinó que son la expresion de condiciones que otras partes del cuerpo participan en comun con esta glándula.

El principio del nuevo tratamiento de la myxoedema es racional, como racional seria su aplicacion al cretinismo endémico en algunas provincias del interior.

No se trata de exageraciones como las que hoy se están exhibiendo en algunas partes del mundo, cuando se aconseja por ejemplo que se administre inyecciones hipodérmicas de extracto de riñones á los que tengan á esos órganos afectados.

La administracion de glándulas tiroides en enfermedades en que esta glándula no funciona, es tan racional como la administracion del buche de avestruz cuando el estómago está incapacitado de llenar su mision; - en este caso hay un órgano cuya funcion es secretar elementos necesarios para un proceso en el estómago: la digestion; y no pudiéndolo hacer, este proceso se efectúa con la administracion de idénticos elementos sacados de idéntico órgano de un animal inferior. En el primer caso hay un órgano cuya funcion es tambien secretar un algo que no conocemos, pero cuya importancia se revela por las perturbaciones que ocurren en la economia en su ausencia, y por consiguiente debemos inferir que ese algo es necesario para un proceso en la sangre, y cuando la glándula tiroides que eso secreta no puede hacer su trabajo, este algo se administra sacándolo de idéntico órgano de otro animal inferior, y este proceso necesario para la conservacion de la salud se efectúa.

Buenos Aires, Abril de 1893.

Los baños termales del "Rosario de la Frontera"

(PROVINCIA DE SALTA)

Por el doctor J. M. Cabezon

Habiendo tenido ocasion de visitar las termas del Rosario, en el mes de Agosto último, creemos de interés hacer conocer del público médico las principales particularidades que ofrecen estos manantiales termo-minerales, que han adquirido ya justa fama en toda la República y aun fuera de ella, á juzgar por la enorme afluencia de viajeros que acuden á ellos cada dia á restaurar su salud ó por simple placer, y pensamos que es útil consignar las observaciones que allí hemos hecho durante una permanencia de veinte dias.

Este gran establecimiento, montado á la moderna, vasto y con todas las comodidades que pueden ofrecer al viajero los mejores de su clase en Europa, está situado en la provincia de Salta, á 28 leguas de la ciudad de Tucuman y á una legua de la estacion del Rosario de la Frontera del Ferrocarril Central Norte.

Los edificios se levantan en un paraje bellísimo, en plena serranía, á una altitud de 920 metros sobre el nivel del mar. Los cerros, cubiertos de frondosa vejetacion, rodean el establecimiento por todos sus costados, excepto por el Norte donde la vista se pierde entre cerranías pintorescas que desaparecen á lo lejos, en el horizonte, formando hermosa perspectiva.

Las aguas, cuya temperatura es casi la de ebullicion, brotan de la roca misma por diferentes puntos y se ven surjir de entre las numerosas grietas de las peñas, rodeadas las venas cristalinas por el humo azulado del vapor de agua.

El clima es benigno y templado; en invierno no se siente ni frio ni humedad en esta region, siendo esta circunstancia un recurso precioso para la curacion de las afecciones broncopulmonares, reumáticas y otras.

Estas aguas de propiedades medicinales poderosas fueron descubiertas y conocidas casi por accion de la casualidad.

Ese establecimiento se debe á la perseverancia y constante energía del médico español Dr. Antonio Palau, que se estableció como médico en Tucuman el año 1875, en Diciembre.

El año 1876 fué atacado de una laringitis herpética muy violenta; leyendo el libro del Sr. Ricardo Napp sobre la descripcion física de la República Argentina, tuvo conocimiento de las aguas del Rosario de la Frontera.

El año 1877, en el mes de Noviembre vino el Dr. Palau al manantial á asistirse de su laringitis, reputada incurable por todos los médicos de Tucuman.

En esa época el local de los baños era casi desconocido y desierto. Despues de quince baños el Dr. Palau recobró la voz (estaba completamente afónico) y curó radicalmente de su enfermedad, no habiendo sentido novedad alguna hasta el presente. Además, padecia de reumatismo articular desde la infancia y de cálculos renales y vesicales de que sanó completamente más tarde, despues de varios años de tratamiento balneario en las termas.

En una extension de terreno menor de dos cuadras existe gran variedad de aguas cuyo análisis prolijo ha sido practicado por varios químicos. Segun el Sr. Schikendantz la fuente de agua silicosa contiene ácido silícico, silicato de sosa, sulfato de potasa, sosa y cal, bicarbonato de magnesia, hierro, sulfuros y cloruro de sodio. La temperatura de esta agua á su salida de la vertiente es de 96 á 97° centígrados y en cantidad la vena líquida es de dos litros y treinta centílitros por segundo.

La fuente sulfurosa tiene una temperatura de 85 á 87° centígrados, dá 80 centílitros por segundo y predominan los sulfatos alcalinos y el sulfuro de sodio.

La fuente salada con gran proporcion de cloruro de sodio tiene una temperatura de 86° 5 al salir de la vertiente y dá 66 centílitros por segundo.

La agua llamada de zarza contiene ácido carbónico libre, temperatura 53° y dá 30 centílitros por segundo.

La de Vichy, llamada así por la semejanza que tiene con la famosa agua termal francesa, dá ácido carbónico libre, 27° centígrados y 4 centílitros por segundo.

La agua llamada purgante se aproxima por su análisis, sabor y efectos terapéuticos á la tan conocida de Janos.

A continuacion transcribo algunos apuntes clínicos tomados de mi cartera de viaje y referidos por el mismo Dr. Palau; circunstancia que les dá gran importancia, pues son observaciones resaltantes de curaciones ó mejorías notables obtenidas por

la accion de las aguas y controladas por el mismo fundador y propietario del establecimiento, Dr. Palau.

Un jóven de 21 años, estudiante en Tucuman, afectado de sifilis terciaria con profundas y tremendas ulceraciones de la mucosa bucal y nasal y cárie de los huesos de la nariz, con desprendimiento de esquirlas, tomó sesenta baños en un mes, de la fuente sulfurosa y salada, combinados, á una temperatura que varió de 24º á 44º. Al principio tomó cinco ó seis baños de agua salada pura y despues hizo pulverizaciones en la nariz y garganta con las mismas aguas, alternando la sulfurosa con la salada. Despues de un mes de curacion, salió muy mejorado, habiendo aumentado en ese tiempo una arroba y once libras de peso. Llegó á los baños este enfermo en un estado deplorable de debilidad y anemia, tanto, que no podia hablar ni tragar y al salir habia recobrado la voz y podia alimentarse perfectamente.

Un señor L. de Montevideo, vino á los baños el año 1884 con una ulceracion especifica en el fondo de la garganta, con desprendimiento de la úvula. Tomó 68 baños y pulverizaciones con agua salada y sulfurosa en la garganta; tenia tambien ulceraciones especificas en la piel de diferentes regiones del cuerpo, pierna y pié izquierdos y en las sienes donde existia un abceso fistuloso. El tratamiento triunfó eficaz y radicalmente de estas molestias dolorosas.

La señora del Dr. B. vino el año 1886 atacada de reumatismo deformante, con flexion forzada de los cuatro miembros: se bañó durante veinte dias y se marchó sin aparente mejoría. Despues de dos meses y dias de permanencia en Buenos Aires pudo levantarse, estirar los miembros y curarse por completo.

Una señora francesa, afectada de paraplejia, fué traida á los vaños en silla, sin poder moverse y curó á los 27 dias; hacia año y medio que estaba enferma.

Un maestro de escuela del Rosario, afectado de hemiplejia cruzada, no podia moverse, y curó despues de un mes y medio de baños.

A otro pobre enfermo de Tucuman lo bajaron del carruaje que lo condujo al establecimiento: no podia moverse, estaba afectado de paraplejia completa: tomó 26 baños y curó radicalmente.

Otro caso notable es el del Sr. S. B., Diputado al Congreso

Nacional, afectado de reumatismo poli-articular febril datando de ocho meses y medio. Tomó el primer baño, sostenido apenas por las muletas y ayudado por otras personas. Despues del primer baño observó mejoria y á los pocos dias podia caminar por sí solo, y se restableció definitivamente en menos de dos meses de baños.

Un viejito que padecia afeccion orgánica al corazon, dispnea, reumatismo generalizado y edema, que se habia sometido á un tratamiento anterior largo y sin resultado, llegó á los baños con catarro pulmonar, fiebre y tos; despues de quince dias estaba casi sano; murió en el establecimiento á consecuencia de una enfermedad accidental producida por exceso de alimento; se lo llevó una entero-colitis.

El año 1886 se registra el curioso caso de un señor Casalins que pesaba al llegar al establecimiento 17 arrobas y 23 libras; es un caso notable de obesidad y de polisarcia adiposa; pues bien, en 26 dias de baños calientes disminuyó 4 arrobas y 11 libras de peso.

Un español, J. S., vino de Tucuman el año 1880, afectado de ciática y sifilis rebelde, datando de quince años. Despues de siete dias de llegar el Dr. Palau, y al preguntar por el enfermo, se le contestó que pasaba el tiempo buscando minerales en la sierra, (á lo que era muy aficionado); hecho que probaba la positiva mejoria obtenida en tan poco tiempo. Este enfermo tenia cnrvatura vertebral y su ciática rebelde á todo tratamiento remontaba á siete meses.

Se comprenden fácilmente los maravillosos resultados obtenidos con el uso de estas aguas. Los principios que contienen y su alta temperatura unida á la bondad del clima y á lo pintoresco del lugar, completan todos los elementos benéficos que necesita un enfermo para mejorarse ó curar en un tiempo relativamente corto.

En efecto, las fuentes cloruradas sódicas y tambien las sulfurosas, son utilísimas para la curacion de las afecciones reumáticas en todas sus formas, y tambien para afecciones cutáneas especificas y catarros, cloro-anemias, afecciones gastro-intestinales.

Las fuentes silicosas se aplican á las enfermedades nerviosas y reumáticas.

Las sulfurosas dominan las neuralgias, reumatismo, gota, sifilis, etc.

El Dr. Palau envió muestras de agua y otros datos al Dr. Beluc, medico director del Establecimiento termal de Lamalu en Francia; y este ilustrado médico, una especialidad en la materia, envió su opinion autorizada sobre las aguas del Rosario de la Frontera en los términos siguientes, que creemos interesante transcribir á continuacion, como elemento ilustrativo del asunto que sirve de tema al presente trabajo:

«Muchos paises desearian poseer fuentes minerales naturales tan variadas y tan ricas en su composicion, como las del Rosario de la Frontera.»

Lo más notable es la reunion en una misma fuente, en un mismo punto del territorio, de termas de tan diversa composicion, tan ricas en sus principios minerales; no hay clase en la clasificacion hidro-mineral que no esté representada en el Rosario.

En el mundo entero no existe *ninguna* estacion termal que pueda presentar en su favor aglomeracion de fuentes que surgen en un mismo punto y trayendo en su contacto con las capas del suelo principios minerales tan diversos y de una composicion cualitativa y cuantitativa tan diferente; son un recurso precioso para combatir con éxito las afecciones crónicas, con una gran facilidad de aplicacion del medicamento hidromineral, segun el temperamento, la constitucion del enfermo, la fuerza y sitio del mal, sus complicaciones, su marcha, etc. La multiplicacion de las fuentes, el régimen comun de vida, la similitud genérica de las aguas, á la vez que su diferencia de composicion, hacen como de individualidades distintas una misma familia, teniendo su fisonomía propia y sus aptitudes particulares.

La fuente silicosa y la de zarza pueden estar colocadas en el rango de las indeterminadas que prestan tan grandes servicios en el tratamiento de las afecciones del sistema nervioso. Con esta diferencia entre las dos, que la fuente silicosa es mas particularmente alcalina y que la de zarza contiene ácido carbónico al estado libre.

Si se quiere comparar estas aguas como conviene por el conjunto de sus cualidades físicas y químicas, deben entrar mas bien que por el detalle preciso de sus análisis en el grupo indeterminado, como ya he dicho que es menester colocarlas.

Lamalou, Vals en Francia, Wilbad, Fantern en Alemania, Zeptitz en Bohemia, Both en Inglaterra, son las representantes

mas autorizadas de este grupo importante. La especialidad medicinal más marcada de estas termas es sin contradiccion su empleo en las afecciones del sistema nervioso, las neurosis, las neuralgias y sobre todo las afecciones medulares.

Cuando uno piensa en el número considerable de las aguas minerales que existen y en la multiplicidad de sus aplicaciones, se concibe cuán importante es no enumerar complacientemente sus indicaciones, sino al contrario limitarlas y especializarlas; la monografia propiamente dicha, aun la mas exacta y la más sincera, si no está basada en la idea de la especializacion se lleva á la ciencia materiales aglomerados, confusos, de los cuales desaparecen las investigaciones interesantes y las demostraciones útiles.

Es á este principio de la especializacion que deben encaminarse los estudios médicos. Es un gran campo de investigacion el de las enfermedades nerviosas en nuestra época, donde las condiciones de la existencia, la lucha por la vida, la fiebre y la agitacion de los trabajos y tambien la mayor precision del diagnóstico de estas enfermedades, parece haberlas hecho mas frecuentes.

Las aguas del Rosario de la Frontera son de la mayor utilidad en las neuralgías y sobre todo en las neuralgías reumáticas, en las neurosis, especialmente en el desorden producido por las neurosis que atacan la sensibilidad y la motilidad, y en fin en las afecciones de los centros nerviosos y sobre todo en los desarreglos sensitivos y motores de la ataxia locomotris.

La fuente llamada de Vichy y de agua purgante, no considerando su importancia intrinsica sino como medio accesorio de las fuentes precedentes, es últil en el trastorno de las enfermedades nerviosas. Un trabajo de esta naturaleza no puede salir de un estrecho límite, pues el que conoce la importancia patogénica y la frecuencia sintomática de los desórdenes del estómago y de la paresia intestinal y vesical, en las afecciones del sistema nervioso, la utilidad de las fuentes Vichy y purgante, no es dificil establecer en presencia de un análisis y de los resultados clínicos apuntados.

¡Qué buena fortuna para el médico y el enfermo es tener á la mano bajo esta misma forma hidro-termal los medicamentos propios para aliviar las gastralgia, la tabes, la dilatacion del estómago, el vértigo especial del neuropático, y en fin, la

constipacion tan rebelde que es de regla en estas enfermedades!

Un estudio completo de la fuente salada exigiria un desarrollo considerable. El agua cloruro-sodica es de las más importantes: su temperatura elevada, su proporcion, colócanla en la clasificion de aguas clururo-sódicas fuertes, sobre las de Balaruc, de Bourbonne, de Hamburgo, de Wiesbaden, de Wissingen, al lado de Sallies, y es todo lo que puede decirse en su elogio.

Ellas encontrarán sus aplicaciones especiales en el linfatismo y reumatismo como igualmente en las caquexias consecutivas á la sifilis y á los excesos venéreos. En el tratamiento de las afecciones nerviosas es donde darán mejor resultado. Estas aguas determinan una sobre actividad de la circulacion que las contraindica cada vez que se teme algun principio fluxionario; será necesario emplearlas con cautela en los casos de afecciones medulares recientes y en las neuralgias excitables.

El grupo de aguas del Rosario, considerado en el conjunto de sus efectos terapéuticos especiales de cada una de sus fuentes, forma una especie de escala hidrológica, un teclado donde cada nota tiene su tono propio y segun la mano que las toca puede, por una asociacion más ó menos inteligente, dar sonidos armoniosos ó discordantes, que á los médicos sirva de consejo.

Buenos Aires, 1893.

HISTOLOGÍA DEL ESPUTO (CORTES)

Fragmentos del estudio del **Sr. Silvio Tatti,** presentado al Concurso Sud-Americano de Medicina de 1892 y premiado con medalla de cobre.

CAPÍTULO V—CÉLULAS DE *Wagner*—DE AFECCIONES CARDÍACAS (*Hoffmann*) Ó Á HEMOSIDERINA (*Noorden*).

Wagner fué el primero, á pesar de ser ya conocidas, que llamó la atencion sobre la presencia en el esputo, de ciertas células con pigmento oscuro, atribuyéndoles desde un principio alguna importancia para el diagnóstico de ciertas afecciones cardíacas. Co-

nociéronse entonces con el nombre de células de Wagner; y Hoffman hizo más tarde un estudio más prolijo de ellas, dándolas á conocer en sus detalles.

Estas células se reconocen en su forma oval, más ó menos pronunciada, por su tamaño ó por su bello núcleo vesicular, pero sobre todo por su contenido en pigmento amarillo oscuro, rojo parduzco ó negro. Este pigmento colorea á las células difusamente ó aparece en forma de gránulos ó plaquitas de tamaño diverso; así se ven á veces granulaciones finas y no rara vez pedazos más grandes, pudiendo á veces adquirir un aspecto casi cristalino, sin llegar nunca á la formacion verdadera de cristales.

Hoffmann dice que es difícil confundir estas células con otras semejantes: difieren por su tamaño de los glóbulos blancos, separándolas la coloracion del pigmento de las demás células que pueden encontrarse en el esputo. Este mismo autor las ha denominado células de afecciones cardíacas, llamando muy especialmente la atención sobre su importancia clínica. Por un trabajo posterior de Noorden, teniendo en cuenta la naturaleza del pigmento, fueron llamadas células á hemosiderina, denominación que aceptamos por estar basada sobre un elemento importante de la célula.

En cuanto á su verdadera naturaleza y proveniencia, los autores divergen en sus opiniones: así para Biermer, que las encontró en un neumonía é infarto hemorrágico, son células muy semejantes á epitelio joven con pigmento color oro ó negro. Eichorst las cree propias de las hemorragias pulmonares; Jacks las menciona brevemente; pero desde los trabajos de Guttmann, Smidt y Hoffmann se las considera como células alveolares descamadas; sin embargo, Strimpell las considera como glóbulos blancos. Wagner opina con otros autores que deben considerarse como elementos formativos de los epitelios alveolares del pulmon. Otros creen que el pigmento es debido al carbon; pero, de todo este conjunto de teorías, la que parece ser cierta es la que las considera como células provenientes de los alveolos, pues Hoffmann estudiándolas en el cadáver las ha encontrado agrupadas en los alveolos y completamente aisladas en el resto del aparato respiratorio, prueba suficiente para reconocer su procedencia alveolar.

Se ha demostrado que el protoplasma de estas células se transforma con regularidad en mielina; empero, algunos autores declaran que no saben si pasará lo mismo con los glóbulos blancos, pues si sucediera así en estos últimos, existiría una causa

que podria indicarnos la mayor ó menor verdad de la teoría de Strimpell, que considera las células a hemosiderina como glóbulos blancos.

Las células á hemosiderina son susceptibles de confundirse algunas veces con las células pigmentadas que se encuentran normalmente en el pulmon, pero éstas contienen pigmento completamente negro, y en cambio aquellas un pigmento parduzco. Algunos autores han creído poder atribuir á las células con pigmento negro del pulmon, ser el orígen de las de hemosiderina, opinión que á juicio de Hoffmann debe considerarse como muy avanzada,

No escapa la importancia clínica de las células á hemosiderina, siempre que su presencia ayude y favorezca el diagnóstico de una afeccion indicada; pero desgraciadamente la opinion de los autores está muy dividida todavía al respecto.

Unos las creen existentes en todas las hemorragias pulmonares posibles; Peyer las considera como propias de las lesiones mitrales; Strimpell, de la miocarditis; Hoffmann como de la hemorragia pulmonar, y en 14 casos que ha estudiado de congestion pulmonar, debida á afecciones cardíacas, ha encontrado 13 veces células á hemosiderina en mayor ó menor abundancia, fácilmente reconocibles. Para él estas células parece que designáran una induración fusca del pulmon ó ectasia capilar difusa, llegando á la siguiente conclusión: *Que las células cardíacas (ó á hemosiderina) constituyen un signo precioso para reconocer la existencia de un estado muy particular del pulmón*; y cree tambien que el hallazgo de estas células en el esputo es un signo más seguro que la auscultacion y percusion para diagnosticar la congestion pulmonar. Llama asi mismo la atencion sobre su importancia en el caso de un diagnóstico difícil, como por ejemplo, cuando la congestión pulmonar cardíaca se ha desarrollado sin conocer, no obstante, la afeccion valvular que la haya producido, como en la miocarditis crónica, en las sinequías, y su no existencia en una bronquitis simple, enfisema, degeneracion grasosa simple del miocardio, (sobre todo en la degeneracion grasosa verdadera).

Hoffmann, saca de su concienzudo trabajo las siguientes conclusiones: «que hallándose los tonos cardíacos puros y dando el exámen del tórax simplemente signos de una bronquitis con enfisema, más ó menos pronunciado, la presencia de estas células constituye un signo precioso para el diagnóstico de la miocar-

ditis; recomienda, pues, que al hacer el diagnóstico de una bronquitis crónica, debe siempre pensarse en una miocarditis.

En apoyo de estas ideas cita el buen efecto producido por la digital, en ciertos casos de bronquitis con enfisema, alteraciones debidas muy probablemente á afecciones cardíacas.

En cuanto á la manera de formarse el pigmento en estas células, él lo explica por la influencia de la actividad del tejido y de los humores testurales obrando sobre la sangre estancada, de una manera esquisita. A esta teoría puede objetársele la falta de estas células en la hemoptisis de los tuberculosos y en la neumonía crupal; pero Hoffmann lo explica diciendo que en estas afecciones la sangre llega muy pronto á la superficie de la mucosa: estando así expuesta al aire, á la secrecion del mucus, etc., no tiene tiempo suficiente para la trasformacion del pigmento; en cambio sucede de una manera completamente distinta en el pulmon cardíaco, la sangre se estanca y está bajo la proteccion de las células epiteliales, pudiendo entonces sufrir los diversos cambios de la pigmentación con regularidad.

Pero unas de las razones que más nos inducen á creer en una hemorragia pulmonar, cuando se constata la existencia de las células á hemosiderina, son las distintas coloraciones que pueden estas presentar, pues ya hemos indicado que pueden ser parduzcas más generalmente, amarillas y á veces con un tinte lijeramente azulado, matices que indican claramente que en el seno de la célula existen elementos constitutivos de la sangre que bajo la accion del oxígeno sufren esos diversos cambios.

Tambien creemos que los elementos portadores del pigmento son leucocitos, los que en algunos esputos suelen encontrarse en gran cantidad. La falta de tiempo no nos ha permitido aun notar si en un mismo individuo éstas células cambian de coloracion, observándolas de tiempo en tiempo.

En cuanto á la constitucion química del pigmento, que nos da mucha luz sobre la naturaleza de la célula, ha sido descubierta y bien estudiada por Von Noorden; llamóle á éste la atencion al examinar el esputo de un niño que habia padecido continuamente de ataques de asma bronquial, la presencia además de las espirilas de Curschmann y de los cristales de Charcot-Leyden, células con pigmento amarillo ó pardo, el cual tratado por ácido clorhídrico y por ferrocianuro de potasio dió una coloracion azul;

reaccion que demostraba que éstas células contenían hierro, pudiendo al mismo tiempo comprobar la identidad del pigmento con la hemosiderina de Neumann; habia ya anteriormente comprobado que estas eran células de Wagner. Krœnig, que tambien ha trabajado á éste respecto, dice que la aparicion de las células cardíacas típicas significan con seguridad una *induracion cianótica del pulmon.* Si existiera alguna duda sobre el contenido de las células en hemosiderina, se haria la reaccion microquímica con ácido clorhídrico, con ferrocianuro de potasio y con sulfuro de amonio, teniendo éste por objeto ablandar los elementos para permitir su imbibicion por el reactivo. El hierro en las células, una vez tratadas por el reactivo, se hace más aparente y de amarillo claro que era pasa al azul verdoso. La conservacion de las preparaciones coloreadas de esta manera, se hace imposible por la accion corrosiva del ácido clorhídrico: hemos intentado guardar alguna, pero no hemos sido felices.

Despues de haber reconocido la naturaleza del pigmento, Noorden trató de saber en qué células éste se hallaba, y al efecto procedió del modo siguiente: extiende un poco de esputo en una , despues de comprobar la existencia de células á hemo siderina, lo seca, calienta, colorea con mezcla de Ehrlich (fucsina ácida, verde de metilo y naranjado), lo lava bien, pasa en seguida al ácido clorhídrico y al ferrocianuro de potasio, se lava, se seca y se monta en bálsamo.

En algunas de las preparaciones consiguió los colores de una manera manifiesta. Los resultados que obtuvo fueron los siguientes: 1°, una parte de las células del pigmento contenia granulaciones neutrófilas, es decir, fueron leucocitos; segun su estimación, serian la mitad de las células; 2°, una pequeña parte contenia granulaciones eosinófilas; la mayor parte de las células eosinófilas se hallaban libres de pigmentos; el resto no contenia ningún pigmento y era epitelio.

Hemos empleado este mismo procedimiento para esputos de congestion pulmonar y hemos obtenido un idéntico resultado.

Estas células suelen encontrarse á menudo en los asmáticos junto á las espirilas de Curschmann; se hallan amontonadas y en gran cantidad y casi siempre hácia el centro del esputo, no conteniendo su periferia ninguna célula pigmentada.

Los esputos portadores de éstas células son sero-fibrinosos, de aspecto transparente y nunca son purulentos, quizás por la difi-

cultad de ver la coloracion de la célula. Su número es variable, pudiendo á veces encontrarse en cantidades extraordinarias.

Van Noorden cree que no se les debe llamar células cardíacas, pues puede dar lugar á interpretaciones erróneas; tampoco deben llamarse células epiteliales pardas, porque no puede dudarse que una parte de las células con pigmento son leucocitos y células eosinófilas. Noorden ha propuesto se les llame células á hemosiderina, que significa la naturaleza química del pigmento y no prejuzga su proveniencia.

SEGUNDA PARTE

CAPÍTULO PRIMERO

Métodos de inclusion para el esputo

El estudio del esputo como hoy se hace, es decir, dislaceracion de una pequeña parte de él y coloracion con diferentes soluciones conocidas, no permite absolutamente conocer de una manera completa su histologia; no da cuenta tampoco de la disposicion y agrupamiento de sus distintos elementos constitutivos; se ha avanzado, pues, mucho al descubrir un método de inclusion y coloracion especial.

A Gabritschewsky se deben las primeras nociones al respecto: en Febrero del 92, este autor publicó un artículo en el que explicaba el nuevo método, que consistia en fijar los esputos poniéndolos al estado fresco en alcohol ó en el líquido de Flemming, el ácido pícrico ó la solucion concentrada de sublimado. El líquido de Müller conviene menos porque disasocia las masas; éstas son despues incorporadas en la celoidina, pudiendo obtenerse cortes de 4 á 5 diezmilésimos de milímetro. Los cortes así obtenidos los coloreaba por la safranina, el carmin, la hematoxilina-lienisada; ésta colorea los núcleos de azul, el protoplasma de las células vulgares de rojo claro, pero el protoplasma de las células de Buhl y de las células gigantes en rojo pronunciado. Sobre cortes obtenidos de esta manera, no se pueden diferenciar las células eosinófilas que se ven en las preparaciones hechas por otro procedimiento.

Gabritschewsky ha encontrado en los cortes de esputos de tres tísicos, células gigantes que se hallaban en medio de las cé-

lulas de pus ó de las células de Buhl, teniendo dificultad en descubrirlas.

Dado el primer paso, se sucedieron en seguida muchos trabajos, introduciéndose inmediatamente modificaciones á este procedimiento. No dando resultados muy favorables el procedimiento de Gabritschewsky, para el endurecimiento de los esputos, resolvimos modificar su método, fijando el esputo en alcohol, en el que permanecian 48 horas, pasándolo en seguida durante 24 horas á solucíon de goma arábiga concentrada y endurecido progresivamente en alcohol durante tres dias, efectuando en seguida su inclusion; en lugar de celoidina, empleamos la inclusion en parafina.

Así pudimos incluir algunos esputos, y los primeros de la coleccion que se acompañan han sido efectuados segun este procedimiento, que si ciertamente no permite ver bien los eosinófilos, en cambio los distintos elementos conservan un tamaño más grande que en los demás métodos.

Despues de incluidos, se hacen los cortes lo mas delgado que sea posible, se ponen en trementina durante un par de horas para disolver la parafina, colocándolos despues con soluciones acuosas de carmin, safranina, etc., durante veinticuatro horas, se lavan en alcohol repetidas veces, se aclara con esencia de clavos y se montan en bálsamo.

Aronson y Philip, modificaron por completo el método de inclusion. Teniendo en cuenta que para la investigacion morfológica se necesitan preparaciones muy delgadas, emplearon el siguiente procedimiento: los esputos son expectorados en una solucion saturada á frio de sublimado en agua de cloruro de sodio á 0.75 %, en la cual permanecen de seis á doce horas; despues de haberlos lavado brevemente en agua, se les pasa al alcohol á 70° al que se le agrega tintura de yodo hasta coloracion de vino de Borgoña; solucion que á medida que se decolora se renueva hasta que ya no pierda absolutamente de color; para ello bastan generalmente tres dias: luego se hace induracion mayor en alcohol puro de concentracion ascendente, en seguida los copos así preparados, son pasados durante veinticuatro horas al aceite de cedro espesado, luego xilol veinticuatro horas, solucion de parafina en xilol veinticuatro horas; por fin se colocan en la estufa en esta última mezcla con parafina á saturacion durante veinticuatro horas y á una temperatura de 37°; luego se incluye por cuatro ó seis horas en parafina en el punto de fusion apropiado. En los cortes que se

presentan nó se ha observado la última parte de este procedimiento. Despues de haber pasado el esputo por la tintura de yodo y ser endurecido por alcohol á concentracion sucesiva, los hemos tratado en seguida por trementina á veinticuatro horas, trementina y parafina veinticuatro horas, colocados en la estufa en solucion saturada de parafina en trementina, veinticuatro horas á 37°, en seguida incluidos en parafina cuatro á seis horas.

Como ya se habrá notado, este método es bastante largo y caro, pues requiere para cada esputo por lo menos diez dias de trabajo, sin contar la coloracion.

Aronson y Philip, en los cortes así efectuados pudieron colorear fácilmente los bacillos de la tuberculosis. Hicieron tambien el estudio interesante del esputo arrojado por un niño de 9 años que padecia de asma bronquial.

Encontraron células eosinófilas en enorme cantidad, como nunca se han encontrado por los medios generales de investigacion. Estos autores opinan que las células eosinófilas salen del pulmon, pues en cortes de esputos de tísicos han podido ver estas células no repartidas, sinó agrupadas en montoncitos.

Para la coloración de las células los autores emplearon la mezcla siguiente:

Solucion acuosa saturada de Orange G.....	55 cc. m.
» » » de Rubin ácida.....	50 cc.
Agua destilada.....	100 cc.
Alcohol.....	50 cc.
A esto se agrega una mezcla de :	
Solucion acuosa saturada de Verde de Metileno....	65 cc.
Agua destilada.....	50 cc.
Alcohol.....	12 cc.

De esta mezcla, que debe guardarse en reposo una ó dos semanas, se toman unas cuantas gotas en una capsulita y se colorea durante veinticuatro horas; se lavan despues los cortes en agua, se deshidratan lo mas brevemente posible en alcohol, se aclara en aceite de orégano y se monta en bálsamo xilol. En cortes así coloreados se ven los núcleos verdes, los corpúsculos sanguíneos rojo naranjado, los núcleos de las células eosinófilas coloreados en rojo claro luminoso.

Schmidt ha contribuido tambien á divulgar el estudio de cortes del esputo; siendo incompleta su investigacion al estado fresco, y las preparaciones secas de laminillas no permitiendo estudiar su

estructura normal, ha aceptado el método ya indicado para inclusion de los esputos.

Indica que para el estudio de las espirilas de Curchsmann conviene elegir cortes gruesos é incluirlos en celoidina; en cambio para el estudio de los contingentes de las células, convienen cortes delgados incluidos en parafina.

Los esputos ricos en mucina y pobres en albúmina se hinchan mucho con soluciones acuosas colorantes; conviene, pues, primero quitarles la capa de celoidina para que ésta no dé coloraciones impropias y tratarlos por soluciones alcohólicas; á pesar de que al quitarle la capa de celoidina, se daña mucho á la consistencia del esputo; sin embargo, con bastante práctica se puede evitar su desintegracion y en el caso que algunos cortes se malogren, es conveniente adherirlos primeramente al portaobjeto con una solucion débil de colodion, antes de sacarles la celoidina ó la parafina.

La mayoria de los esputos puede someterse al procedimiento de cortes; pero es necesario establecer algunas excepciones: así, pues, es imposible incluir los esputos blandos, como los serosos, por ejemplo, ó bien que á causa de la falta de coherencia de sus componentes no formen copos. Fácilmente se preparan los esputos que presenten desde que son espulsados, alguna consistencia, así como por ejemplo los provenientes de cavernas, de neumonia, de bronquitis crónica, etc. Schmidt dice que para ver las espirilas de Curschmann se necesitan coloraciones especiales, como la fibrina de Weigert. Ya hemos citado la opinion de este autor respecto á la composicion de estas espirilas, basado en los resultados obtenidos por el método de cortes y coloracion por la thionina.

En cuanto á las células eosinófilas, el método de cortes no ha agregado nada nuevo hasta ahora con respecto al esputo. Schmidt ha podido comprobar su aparicion en grupos en las expectoraciones de asmáticos y bronquíticos.

En la mayoria de casos de neumonia los ha encontrado en pequeñas cantidades, siendo fácilmente reconocibles. En los esputos de tuberculosos estas células son raras.

Finck ha llamado la atencion sobre la aparicion de células gordas (llamadas por los alemanes Mastzellen); se encuentran abundantemente en las bronquitis fibrinosas; esa forma de célula es producida por el estado del ambiente; se suelen encontrar tambien en los pólipos mucosos generalmente redondos. Finck encontró estas células al estudiar la thionina.

En cuanto á la existencia de la fibrina en los esputos, Schmidt opina que ya no puede considerarse como un signo patognomónico de la bronquitis fibrinosa, pues la encontró en muchas enfermedades, así como de las células eosinófilas y de los cristales de Charcot-Leyden, es suficientemente conocido que su existencia no permite deducir una forma mórbida especial.

Ahora, entraremos al estudio de las preparaciones de cortes de esputos presentados con esta memoria, para despues sacar las conclusiones á que nos puede llevar este nuevo método de interpretacion histológica del esputo.

Buenos Aires, 1893.

EN LOS HOSPITALES DE PARIS

CIRUJIA Y CIRUJANOS

Correspondencia del Dr. TORNÚ

SUMARIO—I. En la *Salpetriére*: Servicio del Dr. Terrillon; Chaput; preñez extrauterina, laparotomía, homóstasis del pediculo por un procedimiento nuevo.—II. Hospital de la *Pitié*: el profesor Tillaux; Quiste supurado del ovario, laparotomia, extirpación del quiste, de los dos ovarios, de las dos trompas y de una porcion de la vejiga. El Dr. Reclus y la cocaina.—III. En la *Charité*: el Dr. Després y sus teorias; ¡higiene! ¡higiene! El profesor Duplay; hernias inguinales (epiploceles y enteroceles) complicadas de cystoceles; error de diagnóstico, manera de evitarlo, conducta del cirujano en estos casos; meningoceles enorme, cura radical.—IV. Hospital *International*: Péan; histerectomia vaginal; ¡seamos mas conservadores!—V. En *Necker*: el profesor Guyon; flebitis de la crural en los operados de neoplasmas de la vejiga; uretrotomía interna de adelante para atrás; blenorragia y permanganato de potasa. El profesor Le Dentu.—VI. *Hospital de Niños*: el Dr. Saint-Germain; fractura del frontal por aplicacion de forceps.—VII. En el *Saint Louis*: Servicio del Dr. Lucas Championniére; quiste del ovario y tumores del bazo; castracion é histerectomia vaginal; ¡todavia las esponjas en las laparotomias!—VIII. *Hospital Bichat*: Servicio del doctor Terrier.—IX. En *Lourcine-Pascal*: Pozzi; nuevo procedimiento de perineorrafia.—X. De Wecker; tubérculos de lepra en el cristalino, extirpación.—XI. Clínicas de partos; Tarnier, Budin, Pinard; sinfisiotomía; manual operatorio; resultados.

I

El Dr. Chaput, cuyos trabajos sobre suturas del intestino lo han colocado en uno de los primeros rangos entre los jóvenes y distinguidos cirujanos, reemplaza en estos momentos en

la *Salpetrière* al Dr. Terrillon. En la diminuta é incómoda sala de operaciones de este hospital, célebre por las lecciones de Charcot y las ovariotomías y salpingectomías de Terrillon, hemos tenido ocasion de presenciar una laparotomía por preñez extrauterina y ha llamado nuestra atencion el procedimiento nuevo que el Dr. Chaput aplicó para hacer la hemostasis del enorme pedículo; procedimiento fácil y sencillo y que parece dar resultados muy satisfactorios segun lo afirma su autor.

El Dr. Chaput ha empleado un procedimiento en cuatro casos de amputacion supra-vaginal del útero, por fibromas de este órgano; y como lo dijo en su comunicacion al Congreso francés de cirujia, ha tenido cuatro éxitos.

En el caso que nos ocupa, no se trataba de un fibroma de útero, sino de una preñez extra-uterina, casi á término, que fué tomada por un simple quiste del ovario antes de hacer la laparotomía. El Dr. Chaput hizo esta operacion con toda la habilidad que lo caracteriza y despues de extraer un hermoso feto, ligó provisoriamente el enorme pedículo con un pedazo de cauchouc; en seguida aplicó en la circunferencia del pedículo una série de pinzas, cuya parte mordiente tiene la forma de un corazon. Hecho esto, desató el cauchouc y fué retirando una á una las pinzas; cuando uno de los puntos ocupados por una de las pinzas daba sangre, el Dr. Chaput pediculizaba la region sangrienta por medio de una pequeña incision (con las tijeras) en cada lado de la pinza y ligaba con un catgut como se liga una arteria cualquiera. Colocó tambien en la base del pedículo una ligadura en cadena con un resistente hilo de seda. Esta es la manera como hemos visto proceder al Dr. Chaput y hé aquí como este distinguigo cirujano describió su procedimiento en su comunicacion al Congreso francés de Cirujía: «Hago la hemostasis del pedículo por la ligadura directa de los vasos procediendo del modo siguiente: hecha la amputacion supra-vaginal y un cauchouc asegurando la hemostasis provisoria del pedículo, aplico sobre la circunferencia del muñon uterino una corona completa de pinzas en corazon provistas de dientes *(griffes)*. Se puede entonces desatar el cauchouc sin temor de que se produzca hemorragia grave, pues todos los vasos importantes estan situados en la periferia del pedículo. Se retiran una á una las pinzas; si la ablacion del instrumento determina un chorro de

sangre se hace inmediatamente la ligadura de la region sangrienta. Para que esta ligadura no resbale sobre el tejido uterino, que es duro y elástico, aconsejo dar un golpe de tijeras de cada lado de la pinza en corazon para pediculizar la region *pinceé*. Es entonces fácil colocar una ligadura por debajo de la pinza. Se hace así sucesivamente la hemostasis de toda la circunferencia. Se encuentra á veces en el centro del pedículo algunos vasos que dan sangre; para ligarlos, el cirujano traza (con un bisturi) alrededor de los vasos, una incision cuadrilátera profunda de un centímetro poco más ó menos. El prisma de tejido uterino, así aislado, es tomado entre los dientes de una pinza en forma de corazon y se hace su ligadura.

Se desinfecta entonces la cavidad uterina y la superficie del muñon con tintura de iodo. El último tiempo de la operacion consiste en fijar el pedículo detrás de la pared abdominal, por medio de un hilo que atraviese los dos. El drenage se hace por medio de una mecha de gaza iodoformada que va hasta el muñon uterino.»

Segun el Dr. Chaput, este procedimiento, que parece á primera vista un poco largo, es fácil y rápido y constituye un verdadero progreso, porque asegura una hemostasis completa, lo que es difícil obtener con los empleados hasta hoy. Todos los cirujanos saben cuánto cuesta hacer la hemostasis de un pedículo voluminoso y las consecuencias que resultan de las hemorragias secundarias.

II

El profesor Tillaux, es sin duda alguna, una de las figuras más notables y más simpáticas de la cirujía francesa, y sus clinicas *sui pose*, como conviene al verdadero sabio, son y serán siempre muy seguidas. Expone los casos sencillamente, es muy claro; y como operador, si bien no es tan brillante como Pean, es por lo menos tal vez, tan hábil y tiene la ventaja de ser mas clínico. La sala de operaciones es cómoda y espaciosa; los espectadores que no pertenecen al servicio pueden ver perfectamente lo que el cirujano hace: esto es ya una ventaja digna de tenerse en cuenta y de apreciarse en lo que vale, pero, construida en tiempos en que no se conocia la antisepcia, sus condiciones como «sala de operaciones» son detestables.

Hemos tenido la suerte de ver practicar al profesor Tillaux una operacion interesante, no solo por la laboriosidad y habilidad que ha necesitado el cirujano para llevarla á buen término, sino tambien por el buen resultado que ha dado, á pesar de un accidente grave que pasó durante ésta. Se trataba de una mujer de 50 años, portadora de un enorme quiste del ovario izquierdo, quiste supurado, y adherente al intestino y á la vejiga por una parte y fusionado con la trompa y el ovario del lado opuesto. Abierta la cavidad abdominal, se puncionó el quiste y se extrajeron de 7 á 8 litros de pus, se rompieron con gran trabajo las múltiples adherencias y fué necesario hacer dos pedículos. Una vez extraido el quiste, las dos trompas y los dos ovarios, se vió que el fondo de la vejiga habia seguido la misma suerte: se suturó la vejiga y se terminó la operacion como terminan todas las laparotomias. Interesados en saber las consecuencias de esta intervencion volvimos á la *Pitié* ocho dias despues y encontramos á la operada comiendo una sabrosa costilla. El interno tuvo la amabilidad de informarnos que la enferma no habia tenido la más mínima elevacion de temperatura y ninguna perturbacion de la miccion. Es un resultado digno de mencionarse, dadas las condiciones en que se llevó á cabo la operacion.

***

En este hospital tiene tambien un servicio el Dr. Reclus. No he visto cara más inteligente ni mas traviesa que la de este cirujano á quien la patología interna tanto debe. Se mantiene siempre fiel á la cocaina y opera con su ayuda. Sin ser partidario de la cocaina, como anestésico en las operaciones de alguna importancia, nos parece que se ha exagerado mucho los peligros y accidentes del empleo de este agente. Sin duda alguna, este como todos anestésicos, tiene sus ventajas é inconvenientes, pero muchos de los accidentes de que se le hace culpable, son debidos, no á la cocaina sino á los cirujanos imprudentes que han abusado tomándose el brazo cuando solo se le ofrecia la mano. Las inyecciones de cocaina bien empleadas y en dosis convenientes y rodeándose de algunas pequeñas precauciones, pueden aun prestar muchos y muy meritorios servicios en las operaciones de pequeña cirujia.

El dia que asistimos al servicio del Dr. Reclus, tuvimos la

poca fortuna de no ver ninguna operacion que presente suficiente interés para los lectores de los «Anales». Será otra vez.

III

El doctor Desprès que todos conocemos de nombre por sus ideas originales y por su espíritu de contradiccion (que lo lleva á hacer todo al revés de los demás), es un hombre de unos cincuenta y cinco años, alto, delgado y seco; un paquete de nervios envuelto en una piel morena y metido dentro de una levita de paño negro.

Intransigente en política, intransigente en ciencia, es un hombre tenaz en sus ideas buenas ó malas; tiene mucho talento, mucha ilustracion, siendo á la vez que un clínico distinguido, un cirujano muy hábil; es lástima que un hombre de estas condiciones que podría ser un elemento valioso contribuyendo con su inteligencia y perspicacia al progreso siempre creciente de la cirugía contemporánea, se empeñe en no ver nada bueno sinó en las cosas antidiluvianas y que so pretexto de no creer en las ventajas de la antisepsia, cometa diariamente y á cada instante los más grandes atentados contra los principios más elementales de la higiene.

En efecto: sus salas en la *Charité* no brillan por la limpieza: sus enfermos están llenos de mugre, los instrumentos metidos todos juntos en una caja de madera no muy católica, las hilas de color sospechoso y el diaquilon rodando por encima de las camas junto con las cataplasmas que han de atraer el pus salvador! Y todo este séptico conjunto marcha de perfecto acuerdo con las manos del cirujano, cuyas uñas están de riguroso luto.

Allí en las salas y en el anfiteatro de operaciones no se ven ni ácido fénico, ni sublimado, ni algodon, ¡nada, nada!; ni siquiera agua limpia!. ... Hilas súcias, diaquilon y cataplasmas, es el triunvirato que se pasea orgulloso por todos los rincones y constituye el *bonnheur* del doctor Desprès.

Le hemos visto operar un pólipo del conducto auditivo externo y un osteo-sarcoma del maxilar inferior; habilidad y prontitud son las dos cosas que hemos observado en estas dos operaciones y creemos no ser desmentidos al decir que el doctor Desprès es uno de los más hábiles cirujanos de París.

***

En el mismo hospital y formando un contraste consolador, está el servicio del eminente profesor de clínica quirúrgica de la Facultad de París, Dr. Simon Duplay.

El profesor Duplay, es uno de las glorias de la cirugía francesa y á su habilidad operatoria bien conocida une un juicio seguro en el diagnóstico y una inteligencia superior. Se pretende que rinde culto al Dios de todas las épocas, el *dolce far niente;* no sabemos ni queremos saber lo que puede haber de cierto en esta asercion de un biógrafo reciente, pero lo que podemos afirmar es que si no produce todos los dias, lo que ha hecho hasta ahora está tan bien hecho y tan completo que nos parece imposible que se haga nada mejor y que haya entre los muchos y muy distinguidos cirujanos de París una inteligencia superior á la suya.

Numeroso auditorio asiste á sus interesantes lecciones clínicas: es claro y metódico en la exposicion, pero no es un orador. Sabe elegir los sujetos y hacer resaltar en medio de los detalles la parte útil y que debe retenerse; sabe herir la imaginación del oyente haciendo que fije toda su atencion en los puntos que tienen verdadera importancia y no busca como muchos sabios, producir efecto, sino ser útil á los que lo escuchen, de manera que al salir de una de sus clínicas se pueda cada uno decir *in petto:* «he aprendido algo y algo que no se me olvidará.»

Á propósito de un caso de cura radical de una hernia inguinal complicada de cystocele, en el que el distinguido doctor Demoulins, su jefe de clínica, habia confundido la vejiga herniada con un saco deshabitado y la habia resecado y ligado, el profesor Duplay hizo una interesante leccion sobre las hernias inguinales (enteroceles y epiploceles) complicadas de cystoceles, tratando la cuestion magistralmente y dando los signos que permiten hacer el diagnóstico de esta complicacion y la conducta que debe tener el cirujano en estos casos.

Las cystoceles puras no son muy raras, puesto que Sieghel ha reunido sin mucho trabajo 73 casos; pero los casos de hernia inguinal (enteroceles ó epiploceles) complicados de cystoceles, no se encuentran á cada paso, lo que ha podido inducir á muchos cirujanos en error, tomando la vejiga herniada por un saco deshabitado y operando como es indicado; en estas circunstancias han ocasionado sin quererlo la muerte de los operados.

El doctor Lejars ha publicado recientemente en la *Revue de Chirurgie de Paris* un importante estudio sobre la cuestion, y despues de laboriosas investigaciones bibliográficas ha podido reunir 27 casos de hernias inguinales (enteroceles y epiploceles) complicadas de cystoceles, y en 20 hubo error de diagnóstico antes y durante la operacion; á estos 27 casos publicados, hay que agregar dos más, inéditos (en los cuales tambien hubo error de diagnóstico) uno del profesor Duplay (hace de esto unos quince años) y otro del doctor Demoulins, lo que hace un total de 29 casos, (en los que 22 veces se cometió el mismo error). Creemos inútil añadir que la mortalidad ha sido elevada: 30 por 100 en los 27 casos publicados por Lejars; añádase á éstos el de Duplay y el de Demoulins.

En el caso del Dr. Demoulins, se trataba de una mujer que fué llevada á la *Charité* con una hernia estrangulada que exigia la intervencion inmediatamente. Así se hizo y despues de abierto el saco y reducido el intestino y en momentos de hacer la cura radical notó en la parte interna un segundo saco que, una vez abierto, dió salida á un líquido de color ambar y más oscuro que el del primer saco. Resecó, ligó y redujo. Pocas horas despues de la intervencion la enferma comenzó á quejarse de un fuerte dolor en el hipogastrio y el cateterismo de la vejiga dió salida á un líquido sanguinolento. Fué entonces que al Dr. Demoulins se le ocurrió que tal vez el segundo saco abierto y ligado no fuera otra cosa que la misma vejiga y temiendo que la ligadura no bastara se resolvió á hacer una talla hipogástrica para ir á suturar de una manera completa la vejiga ligada. Este fué un grande error de parte del Dr. Demoulins segun lo afirmó el profesor Duplay, pues esta nueva operacion completamente inútil, como veremos más adelante, complicó el estado de la enferma que murió 48 horas despues de congestion pulmonar (?). El caso del profesor Duplay es casi lo mismo con la diferencia que no pensó en hacer una talla para suturar la vejiga.

La simple ligadura y la más prolija sutura se equivalen en estos casos; ambas dan el mismo resultado; es decir que siempre hay un punto que cede y da paso á la orina. Asi ha pasado en los casos publicados por el Dr. Lejars, ya sea que los cirujanos se hubieran apercibio de que habian abierto la vejiga antes de concluir la operacion y entonces la han suturado, ya

sea que no habiéndose dado cuenta del error la hayan ligado como si fuera un saco deshabitado.

En estas circunstancias debe procederse del modo siguiente, segun el profesar Duplay:

a) Si el cirujano se ha apercibido del error cometido despues de terminada la operacion, debe dejar tranquila la ligadura, y solo debe limitarse á descoser unos puntos para colocar un tubo de goma y asegurar así la libre salida al exterior de la orina que infaliblemente se derramará por la ligadura, evitando así la infiltracion. Debe colocarse tambien una sonda *á demeure.*

b) Si el cirujano al abrir el saco reconoce que es la vejiga, debe suturarla, reducirla, si es posible poner una sonda y hacer un drenage.

c) Si antes de hacer la operacion el cirujano ha diagnosticado el cistocele, no debe tocarla.

Debemos hacer notar que en caso de hernia complicada de cistocele, esta última puede ser intrasacular (que es la forma mas comun) ó extrasacular.

El diagnóstico de esta complicacion es á veces fácil y otras veces absolutamente imposible.

Los sujetos que padecen de cistoceles tienen dificultades en la miccion y solo consiguen orinar tomando las posiciones mas estrañas y originales: hay quien se pone en cuatro pies, otros inclinando el tronco, otros tienen que hacer presiones sobre la parte herniada de manera á hacer pasar el líquido del saco á la porcion de la vejiga que ocupa su situacion normal, etc., etc. Estos casos son un indicio que debe llamar la atencion del cirujano y debe pensar en la posibilidad de esta complicacion y completar su diagnóstico inyectando en la vejiga una solucion de ácido bórico y ver si el tumor de la ingle aumenta. Pero en muchos casos los enfermos pueden presentar las perturbaciones de la miccion señalada y sin embargo la inyeccion de la solucion boricada no produce el aumento de volúmen del tumor inguinal; otras veces no hay dificultades de la miccion, y nada puede hacer presumir la existencia del cistocele.

Cuando el cirujano no ha podido (por falta de síntomas) diagnosticar el cistocele y se ha decidido á intervenir, dos cosas pueden suceder:

1º. Al encontrarse con un segundo saco piensa en la posibi-

lidad de la existencia de la vejiga porque la capa de grasa que cubre el saco es blanda y se desprende fácilmente, mientras que la del saco herniario es dura y adherente. En este caso hace una pequeña incision peritoneal y esta casi siempre le permite reconocer la capa muscular espesa de la vejiga.

2º. El cirujano abre el saco constituido por la vejiga y en este caso varias cosas pueden asegurarle que está en presencia de un cistocele: (*a*) el líquido qué sale es diferente del que encierran en general los sacos herniarios, es más oscuro y puede tener olor urinoso; (*b*) puede ver en ciertos casos las columnas características de la vejiga; (*c*) dos sondas metálicas, una introducida por la uretra y la otra por la incision se tocarán; (*d*) un líquido inyectado en la vejiga por la uretra saldrá por la incision hecha, etc., etc.

Hemos visto operar al profesor Duplay un voluminoso meningocele en un niño de tres dias. El tumor era tan grande como dos veces la cabeza del niño: hizo una puncion exploradora y retiró un poco mas de medio litro de un líquido sanguinolento. Solo una pequeña porcion del cerebelo hacia hernia; lo redujo é hizo la cura radical resecando la bolsa y suturando las meninges.

Las otras dos operaciones que hizo son de poca importancia: una fué la extirpacion de un cáncer del lábio y la otra el segundo tiempo de la operacion de la hypospadias, segun el procedimiento ideado por él y que todos conocemos.

IV

En la calle de la *Santé* se levanta el magnífico hospital *International*, construido con los recursos del eminente cirujano Dr. Péan. En pleno ejercicio de sus facultades intelectuales, el Dr. Péan se ha visto deponer del puesto de cirujano del hospital *Saint Louis* por haber alcanzado la edad que la ley fija como límite máximo para ejercer un cargo activo.

Pero el Dr. Péan, no se ha quedado por esto con los brazos cruzados: ha comprendido que apesar de todo tiene muchos años por delante antes de verse condenado á la inactividad, que su brillante carrera de cirujano no podia terminar hoy y que aun podia contribuir al progreso de la cirujia, de la que es uno de sus mas ilustres representantes.

El hospital *International* ha sido inaugurado en Enero del corriente año y, aunque ya desde unos dos meses el Dr. Péan opera en él, no está completamente terminado. Este hospital está destinado á recibir los enfermos pobres como en los demás establecimientos del mismo género que pertenecen á la Asistencia pública; se admiten gratuitamente los niños, adultos y ancianos de París, de las provincias y del extranjero.

La mayor parte de las salas están destinadas á los enfermos de cirujía y constituyen el servicio que el Dr. Péan se ha reservado.

Hay un local destinado á una Policlínica, donde especialistas distinguidos darán muy pronto consultas. Se ha construido segun los planos más modernos un anfiteatro para lecciones clínicas y una sala de operaciones. Todo el hospital está alumbrado á luz eléctrica. Sin poder afirmar que el *International* es un hospital modelo, podemos decir que responde á las condiciones exigidas por la Higiene en esta clase de establecimientos.

Se opera tres veces por semana: los lúnes y los miércoles están destinados á las operaciones abdominales y los sábados á las de cirujía general.

Con esa habilidad que caracteriza al Dr. Péan, le hemos visto hacer dos histerectomias con *morcellement* por lesiones inflamatorias peri-uterinas. Para llevar á cabo esta operacion el Dr. Péan coloca la enferma en la posicion de decúbito lateral izquierdo y no en decúbito dorsal como se usa generalmente en Francia.

Nada tenemos que decir sobre las ventaja é inconvenientes de esta operacion que se llama *méthode de Péan*, ni de su superioridad ó inferioridad sobre la laparotomia en los casos de lesiones inflamatorias peri-uterinas, pues los que nos hagan el honor de leernos, ya habrán tenido suficiente con las discusiones á que este asunto ha dado lugar en el reciente Congreso francés de cirujia, para formarse un juicio propio y adaptar el procedimiento más conforme con sus ideas y experiencia. Pero sí, nos vamos á permitir hacer notar que, no es razon suficiente el que una operacion no sea muy grave para que se abuse de ella y nos parece que con la histerectomia vaginal está pasando lo mismo que sucedió cuando comenzaron á hacerse las ovariotomías y salpingectomias (por lesiones in-

flamatorias de estos organos), es decir: que los cirujanos mas distinguidos, fundados en la benignidad relativa de estas intervenciones, extirparon ovarios y trompas á diestra y siniestra y sin que muchas veces nada serio justificara estas mutilaciones que transforman á la mujer en algo que ya no es mujer ni hombre, ni eunuco. Nos parece que la mejor gloria y el mayor progreso de la cirujía está en la *conservacion* siempre que sea posible. Si vamos en este camino ya no quedarán úteros ni para remedio!...

El distinguido ginecólogo Dr. Doléris protestó ya una vez, en un notable artículo que hizo época, contra los abusos de la castración; no estaria de mas que volviera sobre el asunto á propósito de la histerectomía. Tal vez su voz autorizada no se perderia *in deserto*.

Pero dejando esta cuestion aparte, y fundándonos en las doce histerectomias vaginales que hemos visto, nos parece que es una operacion no solo algo ciega, como dice Pozzi, sino tambien muy laboriosa y difícil. Verdad es que la mortalidad es muy baja; Jacob, de Bruselas, ha llevado á cabo 117 histerectomias vaginales (por supuraciones peri-uterinas) y ha tenido una sola muerte y Segond ha conseguido bajar la mortalidad de esta operacion á la ínfima cifra de 4,28 por 100. Pero este resultado tan halagador no debe entusiasmar al cirujano jóven y antes de lanzarse á hacer una histerectomia vaginal (cualquiera que sea el procedimiento que elija: Pean, Segond, Quenú, ó Doyen) por supuraciones pelvianas, debe reflexionar dos veces y tener presente lo que hemos dicho en la introduccion de nuestra tesis inaugural (1) que, *la cirujía debe vivir, no de las operaciones, sino de las indicaciones de los actos operatorios.*

V

El hospital Necker, gracias á la generosidad del eminente profesor Guyon, posee una magnífica instalacion para la clínica de las vias urinarías y en este servicio el que quiera dedicarse á la especialidad, tiene todos los elementos indispensables á su disposicion y puede salir de allí sabiendo perfectamente su materia.

---

(1) *Des operations qui se pratiquen par la voie sacrée.* Tesis de Burdeos, 1893, Stenheil, editor. París.

Este espléndido servicio comprende además de las salas de los enfermos, laboratorios, museos, biblioteca y una policlínica. Estos dos servicios forman un conjunto donde se encuentran reunidos: el tratamiento de los enfermos y la consulta, la histología, la bacteriología, la química, las piezas anátomo-patológicas, los libros, las publicaciones periódicas y un arsenal de instrumentos de primer órden.

La enseñanza de la clínica de las afecciones de las vias urinarias no puede ser más completa. En efecto: el profesor Dr. Guyon hace dos lecciones por semana: una el miércoles en el anfiteatro y otra el sábado en la policlínica; ambas son seguidas de operaciones.

El jefe de clínica Dr. Legué hace un curso complementario de modo que, durante el año, puedan recorrerse todos los sujetos de la materia. El jefe del servicio de Histología y el del de Bacteriología dan conferencias sobre estas dos materias.

El jefe del servicio de química hace en su laboratorio demostraciones prácticas y da lecciones de química. Este servicio es tal vez el más importante y el más completo que posee París.

El profesor Guyon es uno de los más simpáticos maestros de la Facultad. Es alto, de presencia imponente, su cara aun fresca á pesar de los años y del trabajo, está adornada por un par de patillas blancas que dan á su fisonomía un *cachet* especial.

Habla bien, entretiene á su auditorio, siempre muy numeroso, con frases maliciosas que no están desprovistas de *esprit*, pero á veces abusa un poco de los *calembours*; es un pequeño defecto sin importancia y bien perdonable en un sabio de este valor.

Presentó un sujeto operado por él hace ya más de un año por un neoplasma de la vejiga, y que ha sufrido una flebitis de la crural que ha durado cinco meses, pero que en estos momentos está completamente curado. Llamó la atencion sobre estas *flegmasias alba dolens* que ha observado en seis operados por neoplasma de la vejiga y que no tienen ningun pronóstico fatal ni grave, como podria y debia suponerse en dichos casos. En estos seis sujetos la flebitis ha curado perfectamente y el estado de los operados es hasta ahora excelente.

Le vimos hacer una uretrotomía interna con un instrumento recientemente ideado por él y que permite seccionar las estrecheces de adelante para atrás. El instrumento á que nos refe-

rimos es de metal y tiene la forma de una sonda á *bequille*, de manera que la parte curva introducida en la vejiga permita que la canaleta que tiene en su centro y por la que pasa una lámina cortante pueda mirar cualquier punto de la uretra y deja así hacer diversas incisiones. La extremidad curva está dispuesta de manera que pueda atornillarse en un conductor. No sabemos cuáles son las ventajas de este instrumento sobre el de Maisonneuve y el de Civiale; el profesor Guyon no las señaló.

Hizo tambien una *litotricia*: nada particular á señalar sino es la habilidad bien conocida de este ilustre especialista.

***

El hospital Necker posee además otro servicio muy importante, á cuyo frente está uno de los más eminentes profesores de la Facultad: es el de clínica quirúgica del profesor Le Dentu

Es un servicio destinado casi especialmente á ginecología, y la nueva instalacion terminada ya, pero no inaugurada, es magnífica: hay un anfiteatro y sala de operaciones espaciosa y con todos los elementos más perfeccionados para llevar la antisepsia hasta lo ideal. Existe además una sala de operaciones más pequeña destinada únicamente á las laparotomías y piezas de una y dos camas solamente para esta clase de operadas. Es una de las mejores instalaciones que hemos visto.

El profesor Le Dentu es bien conocido y no necesita presentacion; solo nos limitaremos á hacer notar que es el cirujano más escrupuloso en cuestiones de asepsia y antisepsia y une á su nombre la ilustracion y las condiciones de un operador hábil y concienzudo.

VI

Al lado de Necker está el *Hôpital des Enfants Malades* y el servicio de cirujia tiene por jefe al sabio y simpático Dr. St. Germain. ¡Quién no conoce á St. Germain por sus importantes trabajos de cirujía infantil y de ortopedia, y quién es capaz de hacer una traqueotomía como él la hace!

Hay tres salas de enfermos y una sala de operacion bastante pobre. La consulta externa es muy concurrida y se presen-

tan muchos casos verdaderamente interesantes: hay allí elementos de estudio.

Las operaciones tienen lugar los mártes, juéves y sábados y además el dia juéves el Dr. St. Germain hace una leccion clínica. Las pequeñas operaciones como tenotomia del tendon de Aquiles las hace sin cloroformo y aun le he visto proceder á un raclage de la cara dorsal de la mano por tuberculosis local sin dormir de una manera completa á la enfermita. Comienza la anestesia con grandes dósis de cloroformo: toma una servilleta, sumerje una de las extremidades en el líquido anestésico y la coloca sobre la cara del enfermo.

Varias han sido las operaciones que le hemos visto llevar á cabo, pero todas cosas bien conocidas y que se hacen diariamente, por lo que ni siquiera las mencionamos. No tenemos por qué agregar que el Dr. St. Germain es un brillante cirujano: esta es fama universal y bien ganada.

Vimos en la consulta externa un niñito de un mes con una fractura del frontal (en su totalidad), cuya depresion deformaba la cabecita, pero no habia ningun signo de compresion, y el Dr. St. Germain no aconsejó ningun tratamiento. La fractura ha sido producida por el forceps.

VII

En el fondo del Hospital St. Luis se levantan unas construcciones de madera y allí está el servicio de cirujía del Dr. J. Lucas Championniére.

Es uno de los servicios más seguidos por los médicos extranjeros é indudablemente hay mucho que aprender allí. Además, la justa fama del Dr. Championnière es un motivo mas que atrae á los extranjeros: se desea conocer al hábil cirujano, al autor de los tratamientos de las fracturas por el masage y al que tanto ha hecho por la cura de las hernias.

La sala de operaciones es espaciosa, pero no muy rica en elementos, y no creemos que reuna las condiciones exigidas por los últimos adelantos en la materia. El Dr. Championnière usa todavia en sus operaciones las pulverizaciones fenicadas y emplea aún en las operaciones abdominales las esponjas, hoy abandonadas por casi todos los cirujanos. En una laparotomía por un enorme quiste multilocular del ovario hizo la

toilette de la cavidad peritoneal con las esponjas y tambien las empleó en la histerectomía vaginal, que hizo en seguida.

Esta histerectomía fué practicada en una mujer enferma de una fibroma del útero y á quien un año antes el mismo Dr. Champpionniére habia practicado la castracion, pero sin resultado alguno: el dolor y las hemorragias habian continuado como si nada se hubiera hecho.

La enferma portadora del quiste no ha presentado ningun interés bajo el punto de vista operatorio, que se redujo á una vulgar ovariotomia, pero lo curioso del caso es que el diagnóstico del quiste era muy difícil, pues presentaba todos los síntomas frescos de un tumor del bazo. El Dr. Championnière nos decia que en ninguno de los tumores del bazo que habia operado en su larga y brillante carrera de cirujano habia observado los síntomas mas netos de tumores de esta glándula que en el quiste del ovario que acababa de extirpar delante de nosotros.

¡Hágase despues diagnósticos precisos en los tumores de la cavidad abdomidal!...

***

Pero además del servicio del Dr. Lucas Championnière hay en el hospital St. Luis dos servicios más de cirujía, el del Dr. Richelot y el del Dr. Marchand, cirujanos ambos muy distinguidos.

Los servicios de cirujía de este hospital, ya célebre por la enseñanza de las afecciones de la piel, son con los del *Lariboisiére*, los mas ricos y activos de París; 28.500 enfermos por año se presentan á la consulta externa y son anotados en sus salas unos 2,500 poco mas ó menos.

VIII

Uno de los hospitales de París mejor dotados por sus modernas construcciones es sin duda alguna el *Hôpital Bichat*. El servicio de cirujía, dirigido por el doctor Terrier, se compone de dos salas (Chassaignac y Jarjavay) á cada una de las cuales se han anexado dos piezas de aislamiento y una sala de operaciones. El servicio de mujeres posee dos salas de operaciones, una para las de cirujía general y otra especial

para las laparotomías; á esta última se le ha agregado un pabellon de un solo piso y destinado á recibir las laparotomizadas.

Hay además un laboratorio de histología y de bacteriología dirigidos por el Sr. Lieffring.

La sala de operaciones del servicio de hombres está situada al lado de la de los enfermos, pero no comunica con ella; se llega á ésta por un corredor. Se compone de dos piezas: la una está á la entrada y no es sino una especie de vestíbulo donde el operador, sus ayudantes y los que asisten á las operaciones, pueden colgar sus sombreros, levitas, etc. En este vestíbulo se encuentra un armario (para la ropa y aparatos de cirujía que no necesitan grandes cuidados de limpieza), la estufa de desinfeccion, un aparato con agua hirviendo, y en otro mueble á propósito se colocan los materiales para los *pansements.* La otra pieza, que constituye la sala de operaciones propiamente dicha, es muy espaciosa, mas larga que ancha, y de una constitucion simple. El piso es de cemento Portland, pero no parece que el arquitecto ha tenido la mala inspiracion de querer adornarlo trazando líneas escavadas. El reboque es de cal y pintado con una buena capa de pintura al aceite. Los ángulos de los muros están redondeados. El servicio de cirujía de mujeres tiene, como ya lo hemos dicho, dos salás de operaciones.

1º. *Sala para las operaciones ordinarias.*—Esta sala posee un material (instrumentos y objetos de *pansements*) especial para ella. Los aparatos para esterilizar el agua (Chamberland, calienta-baño, etc.) son absolutamente iguales á los que existen en la sala de hombres; hay tambien un aparato para calentar la ropa, una pequeña mesa para instrumentos, y tablas que soportan los frascos con líquidos antisépticos y con las sustancias para los apósitos.

2º. *Sala para laparotomías.*—Lo primero que se ve es un enorme letrero con estas palabras: «Es prohibido tocar los instrumentos y hablar durante la operacion». El material indispensable para las operaciones le pertenece exclusivamente y solo se usan para las laparotomías. Esta sala contiene además todos los aparatos esterilizadores necesarios á una asepsia y antisepsia rigurosas.

3º. *Pabellon de las laparotomizadas.*—Es un pequeño edificio

de un solo piso alto y comunica con la sala de operaciones destinada á las laparotomías.

El piso bajo contiene dos piezas, una con tres camas y otra con dos; el primer piso tiene tambien dos cuartos, uno con dos camas y el otro con una sola.

Es en este último (el más cercano de la sala de operaciones) que se coloca la enferma á operar dos ó tres dias antes de la intervencion; es allí tambien que se cloroforma. Después de la operacion vuelve á esta misma pieza y la habita tres ó cuatro dias, pasando en seguida á la segunda pieza de este piso alto. Al octavo día se le trasporta á uno de los cuartos del piso bajo.

Son, pues, tres paseitos que da la enferma en ocho dias; no puede quejarse que no le distraen; pero ¿no estarán de màs estos tres cambios de domicilio en tan poco tiempo, sobre todo, despues de una laparotomía?

Este pabellon está construido segun los mismos principios que han guiado la edificacion de todo el hospital Bichat, es decir, segun las reglas formuladas por Tollet. Las camas no tienen cortinas, se calientan con chimeneas; el piso es de cimento y sin rayado, y los ángulos de los muros están redondeados. Al lado de cada cama hay campanilla eléctrica para llamar á las enfermeras.

Puede, pues, decirse que el hospital Bichat es un verdadero modelo, y sus condiciones higiénicas, los elementos de que dispone y la habilidad y competencia del eminente profesor Terrier han permitido reducir la mortalidad por laparotomías á una cifra insignificante.

IX

En el hospital Lourcine-Pascal, además del servicio de afecciones venéreas (Lourcine) existe otro de 42 camas (Pascal) destinado exclusivamente á Ginecología, y forma el servicio del eminente cirujano doctor Pozzi.

El profesor agregado doctor Pozzi es demasiado conocido para que yo me permita presentarlo: ha sido el creador y organizador de la ginecología moderna en Francia. Su magistral obra, que todos conocemos, ha sido traducida á cinco lenguas y ha tenido dos ediciones en menos de dos años, lo que prueba de una manera más que evidente su mérito y el del autor.

El doctor Pozzi, «le beau Pozzi» como le llaman algunos,

reune á sus cualidades de hombre ilustre y de operador hábil, todas las condiciones del hombre amable y simpático. El extranjero que frecuenta su servicio encuentra en él un maestro eminente y bien pronto un amigo.

Este servicio posee un anfiteatro de operaciones y una sala especial destinada á las laparotomías: ambos son dignos de llamar la atencion por su disposicion simple y muy práctica.

Le hemos visto practicar una *perineorrafia* por desgarradura completa del periné: empleó un nuevo procedimiento ideado por él y que es una modificación del que recomienda Lawson Tait.

Este procedimiento que, segun parece, asegura una pronta cura, consiste en un avivamiento muy profundo de las partes á suturar; cuatro pinzas *saca balas* tienden el periné y con las tijeras hace primero una incision transversal y despues dos laterales, que pasan por las extremidades de la anterior y se extienden desde los pequeños labios hasta los alrededores del ano, obteniendo así dos colgajos, uno rectal y otro vaginal que moviliza.

Hace en seguida dos suturas de las partes profundas y una superficial. Para las profundas procede del modo siguiente: coloca tres puntos con hilo de plata, uno sobre la vagina, otro sobre el recto y el tercero en el ángulo de desprendimiento (*decollement)* recto-vaginal; (estos son los hilos encargados de sostener el periné); para afrontar las partes avivadas hace una sutura con catgut y en *surjet*. La piel es suturada separadamente de las partes subyacentes á fin de evitar que la infeccion de la primera se trasmita á las partes profundas.

***

El Dr. De Wecker, es sin duda alguna el primer oftalmologista de Paris; sus importantes trabajos, sus descubrimientos; sus métodos operatorios y su experiencia, le hacen ocupar este rango, á pesar de las muchas notabilidades con que la oftalmologia francesa cuenta. De Wecker es un hombre de unos sesenta años, con el cabello y la barba completamente blancos, pero su robusta constitucion le permitirá todavia por muchos años seguir dedicándose á la práctica de su especialidad, por la que tanto ha hecho y á la que tanto quiere.

De maneras muy sencillas, se hace simpático por su modestia y nadie al conversar con él se imagina que está delante de un sabio. Habla correctamente el castellano, pero en cuanto al francés, si bien lo conoce á fondo, el acento extranjero se nota pronto.

Le hemos visto operar un caso muy interesante y raro, no por la operacion misma, sino por la afeccion que la originó.

Se trataba de una señora americana, que ha habitado muchos años en un pais cálido y que se encuentra actualmente en París asistiéndose de una ingrata afeccion de la piel: lepra anestésica.

Gracias á un tratamiento enérgico por el aceite de *Choolmograa* á dósis elevadas, la enferma va mucho mejor; pero desde hace unos dos meses sintió unos fuertes dolores en el ojo izquierdo y notó que su vista disminuia. Consultó al Dr. De Wecker, y éste observó la existencia de dos tubérculos: uno en posicion vertical, que habia invadido la mayor parte del campo pupilar y cuya base de implantacion está en la cara anterior é inferior del cristalino, y el otro implantado en la misma region, pero en posicion horizontal; el primero en forma de hongo es visible á simple vista; el segundo solo se descubre al oftalmoscopio.

La enferma fué sometida á un tratamiento médico por medio de un colirio de *cocaina* y de *escopolamina*, pero sin resultado alguno: los tubérculos seguian desarrollándose, y entonces el Dr. de Wecker resolvió extirparlos.

Se hizo la anestesia por el éter y en seguida una incision en la circunferencia inferior de la córnea; en su límite con la esclerótica permitió llegar sobre el tubérculo vertical que fué extirpado con alguna dificultad, pues era muy adherente á la cápsula del cristalino y hubo un momento que el Dr. De Wecker temió arrancar un pedazo de esta cápsula; el segundo tubérculo no fué extirpado, dejándolo para una segunda operacion que se hará dentro de algunos dias.

La extirpacion fué llevada á cabo con toda felicidad y no podia esperarse otra cosa, dada la habilidad y competencia del eminente oculista; pero nos permitiremos hacer una pequeña crítica, no á la operacion, sino á un simple detalle respecto á la antisepsia.

Creemos que en toda operacion, por simple que sea, la desinfeccion prévia del ojo á operar, es una medida, sino indispen-

sable, por lo menos útil y muy prudente. Así hemos visto proceder siempre á nuestro eminente maestro el Dr. Badal, profesor de clínica oftalmológica de la Facultad de Burdeos, el que no empuña el bisturí sin lavar cuidadosamente la conjuntiva y sobre todo sus repliegues con una solucion débil de sublimado. Pues bien, el Dr. De Wecker no se ocupó en esto y procedió á la operacion sin desinfectar el ojo. No sabemos si esto fué un simple olvido, ó si procede así siempre en sus operaciones.

IX

Además del espléndido servicio de partos del Dr. Budin en la *Charité* y de otros tambien importantes en los demás hospitales, hay en París dos clínicas á cuyo frente se encuentran los ilustres profesores Tarnier y Pinard.

La del profesor Tarnier está situada en la calle d'Assas nº 89 y tiene 130 camas. En caso de intervenciones operatorias todo el mundo puede entrar, pero para seguir el servicio, los estudiantes, los médicos extranjeros y las parteras tienen que munirse de una tarjeta especial dada por el profesor.

La segunda clínica de la Facultad de Medicina, es la *Clinique Baudelocque* y es el profesor Pinard quien está á su frente.

Es un edificio nuevo que recien se ha inaugurado en 1890 y se compone de un cuerpo central que contiene las habitaciones de la partera en jefe, de sus ayudantes, dos salas de trabajo con cuatro camas cada una, un anfiteatro que puede contener doscientos alumnos, cuatro salas de cinco camas y doce piezas con dos camas cada una para las parturientas. Alrededor de este cuerpo central están agrupados cuatro pabellones de madera, de los que uno está destinado á ginecología, otro para comedor y los otros dos para las embarazadas y las paridas.

Los alumnos y médicos extranjeros que deseen estudiar especialmente partos pueden recibir en esta clínica una instruccion práctica muy completa. En efecto, además de las clínicas del profesor y del jefe de clínica, el Dr. Pinard ha llamado á su lado cuatro ex-internos (ex-alumnos suyos) que ha hecho nombrar repetidores, los que están exclusivamente encargados de la enseñanza práctica de los alumnos.

Todos los partos (cuatro ó cinco por dia, término medio) son hechos por los alumnos de guardia á razon de dos por cada

parto: los alumnos examinan tambien, bajo la vigilancia del repetidor, á las embarazadas que se presentan á la consulta. Los alumnos están divididos en séries de 10 y tienen guardia cada tres dias.

El servicio de obstetricia del distinguido Dr. Budin, en el hospital de la *Charité*, es tambien muy completo y la enseñanza de este maestro, muy práctica, será provechosa á los que quieran seguirla. Hay elementos de estudio en este servicio y mucho se puede aprender en él.

***

En la clínica *Baudelocque* hemos tenido la buena fortuna de ver practicar la *sinfisiotomía* al profesor Pinard, que es uno de sus más entusiastas defensores.

La vieja operacion de Sigault ha resucitado en Francia con todos los honores que se merecia y vestida de un nuevo ropaje pretende hoy reemplazar no solo al forceps y á la version, sino tambien al parto provocado prematuramente. Es una cuestion que está á la órden del dia, y ha provocado en el último Congreso de la Sociedad Obstetrical de Francia (reunido en París en Abril del corriente año), una interesante y muy larga discusion en la que se rompieron lanzas en su favor y en contra.

No tenemos ninguna experiencia sobre las ventajas é inconvenientes de esta operacion, pues solo la hemos visto practicar dos veces, una en París y otra en Burdeos, así es que nos abstenemos de abrir una opinion cualquiera; sin embargo, no creemos, como lo pretende Gotchaux, que sea una operacion difícil y solo reservada á los hábiles cirujanos. Los que deseen tener datos precisos sobre las indicaciones y contraindicaciones, las ventajas ó inconvenientes, accidentes, etc., etc. de la sinfisiotomía, leerán con provecho la discusion que sobre ella tuvo lugar en la reunion anual de la «Societé Obstétricale de France». (Véase «Sémaine Medicale», «Progrés medical», números de Abril de 1893).

Los procedimientos operatorios varian al infinito y solo nos limitaremos á señalar el del profesor Pinard, tal como él lo describe, por parecernos el más sencillo.

«No rechazo absolutamente los instrumentos osteótomos empleados generalmente; aun más, creo que es prudente tenerlos prontos. Pero estimo que el simple bisturí á lámina corta,

sólido y sin embargo bastante delgado, será suficiente y preferible en la mayor parte de los casos.»

«Despues de tomadas todas las precauciones antisépticas y de preparar todos los instrumentos quirúrgicos obstétricos, colocaré á la mujer en el decúbito dorsal perfecto (1) en el borde de una cama de altura regular, á fin de poder dominar con mi vista, cayendo á pico sobre la línea mediana que se trata de cortar (*inciser*); me colocaré á la derecha de la enferma. Habiendo afectado el pubis y marcado con tintura de iodo (si fuese necesario) la línea mediana externo-clitoridiana, cortaré los tegumentos y la grasa prepubiana, teniendo mi bisturí inclinado y marchando rigurosamente en el plano vertical mediano. Una incision de 8 á 10 centímetros me parece bien. Llegará por encima del clítoris, y allí solamente se desviará ligeramente para evitar este órgano y sus vasos. Separaré entonces los músculos rectos en la parte superior de la incisión para permitir al dedo entrar en la cavidad prevesical y protejer la vejiga. Teniendo entonces la nocion neta de la línea media cortaré la sínfisis de arriba abajo y de adelante atrás en varios tiempos. Si se juzga por el cadáver, cuando se ha cortado la sínfisis, los pubis se separan un poco por sí mismos. Si es necesario haré solicitar esta separacion por dos ayudantes obrando sobre los muslos. Reservaré el ligamento suprapubiano para lo último; no haré intervenir la punta del bisturi sion con mucha prudencia y trataré de romperlo con el dedo si es posible. Solo me detendré cuando haya podido pasar fácilmente mi dedo entre los dos pubis y en toda su altura. Y aun antes de toda tentativa obstétrica me aseguraré que la seccion es completa, poniendo prudentemente los muslos en abduccion y veré entonces si la separacion de los pubis puede ser de 4 á 6 centímetros. Despues de haberme asegurado así que los pubis están libres, que los ligamentos sacro-ilíacos permiten una separacion notable, llenaré y cubriré la herida operatoria antisépticamente (apósito provisorio) y me volveré de nuevo partero.»

Tal es el manual operatorio ideado y empleado por el profesor Pinard, y así lo hemos visto proceder en el caso que presenciamos.

---

(1) En la que le vimos practicar colocó la mujer en la posicion *dorso-sacra*.

Durante el año 1892, se han llevado á cabo en Francia 33 sinfisiotomías, con 6 muertes de parto de la madre y 13 niños, lo que da un total de 18,2 % de mortalidad por las madres y 39.4 % para los niños.

París, Mayo 3 de 1893.

DISTRIBUCION DE PREMIOS

DEL CONCURSO SUD-AMERICANO DE MEDICINA

LOS DISCURSOS

El 12 de Junio tuvo lugar en el teatro Onrubia la distribucion de premios del Concurso Sud-Americano de Medicina celebrado por el Círculo Médico Argentino para conmemorar el IV centenario del descubrimiento de América. Fué una fiesta brillante en que se dió cita lo más distinguido de Buenos Aires. Asistió el Sr. Presidente de la República Dr. Luis Saenz Peña, acompañado de sus ministros Escalante, Alcorta, Cané, Avellaneda y Viejobueno.

Los palcos estaban ocupados por las principales familias de la Capital, y todo el teatro desbordante de concurrencia.

El jardin municipal y el Sr. Antonio Dordoni proveyeron galantemente de las plantas necesarias para los adornos.

Dos bandas militares ejecutaban á la entrada hermosas piezas, y en el interior una orquesta daba mayor lucimiento al acto.

En el proscenio se encontraban los miembros del jurado, el Sr. Ministro del Perú, Dr. Alberto Ulloa, el Intendente Municipal interino, Dr. J. J. Montes de Oca, los premiados, los delegados de las corporaciones científicas, numerosos médicos y los miembros de la Asociación que así festejaba el gran triunfo obtenido.

Los ministros plenipotenciarios de Chile, Brasil, República Oriental, asistieron tambien; y se escusaron por impedimentos especiales de última hora, los del Paraguay y Bolivia.

Los premiados, como se sabe, han sido:

MEDALLAS DE ORO: Dr. Adalberto Ramaugé, Dr. Samuel Gache, Dr. César Milone.

MEDALLAS DE PLATA: Dr. César Milone, Dr. Diógenes Decoud, Dr. Alfonso Masi.

MEDALLA DE COBRE: Sr. Silvio Tatti.

DIPLOMAS: Dr. Gregorio Araoz Alfaro, Dr. Alberto Alberti, Dr. Sebastian Alfonso Leão, Sr. Francisco T. Llobet.

Abrió el acto el Dr. Enrique E. del Arca, presidente del Jurado.

Le siguió el Sr. Ministro del Perú Dr. Ulloa, entregando al Dr. A. Ramaugé la medalla de oro del gobierno de su nacion. Le contestó éste. En seguida el Dr. del Arca hizo entrega al Dr. Milone de la medalla de oro del gobierno de Tucuman.

El Dr. J. J. Montes de Oca, presidente del Concejo Deliberante Municipal entregó al Dr. S. Gache, en nombre de la Municipalidad, la medalla de oro acordada por esta corporacion.

El Dr. Gache habló en representacion de los premiados.

Terminó el acto con el discurso del Dr. Juan B. Señorans, presidente de la comision especial.

El éxito de esta gran asamblea realizada por el Círculo Médico se debe á la Comision especial que la preparó, y que fué a í constituida: Presidente, Dr. Juan B. Señorans; secretario, Dr. Manuel A. Zavaleta; vocales, Dr. J. M. Jorge, Dr. Nicasio Etchepareborda, Dr. Luis Güemes, J M. Cullen, Domingo M. Cremona, Ricardo Lynch, Juan Angel Farini, y Federico Silva (hijo).

Los discursos son estos:

Discurso del Dr. Enrique E. del Arca

PRESIDENTE DEL JURADO

Señor Presidente de la República;

Señoras y señores:

La comision del Círculo Médico Argentino que ha organizado esta hermosa fiesta, me ha dispensado el honor de designarme para que, como presidente del Jurado del Concurso Sud-Americano de Medicina que acaba de celebrarse, os dirija la palabra en este acto.

Ante todo, necesito hacer una declaracion sincera; y es que he debido sostener una lucha conmigo mismo á fin de vencer las resistencias inherentes á mi propio carácter y á la falta de hábito, para decidirme á llegar á esta tribuna, en que debo hablar á un público tan escogido como numeroso.

Héme aquí asaltado por el temor de no estar á la altura de los que me dispensan la atencion de escucharme: ó, hablando en términos médicos, puesto que lo que voy á decir, es más de medicina que de literatura: me encuentro en situacion de estudiar, experimentando en mi propio ser, los efectos fisiológicos del *miedo al público*, que es, segun referencias, *un medicamento* de una accion muy enérgica sobre el sistema nervioso de los oradores, cuyos efectos se hacen sentir con violencia suma en los oradores noveles y cuya intensidad debe aumentar, con mayor razon, pudiendo ser hasta *tóxica*, en los que no lo son, como yo.

Permitidme, que me detenga aunque muy brevemente, sobre este punto, y tambien para habituarme á vuestra presencia, que os diga algo sobre ese temor especial, que inspirais á los que os dirigen la palabra.

Principiaré por deciros que teneis fama de ser generalmente bastante exigentes y que se citan casos, aunque algo raros, de que esa exigencia se ha elevado hasta adquirir proporciones de crueldad.

Un sábio médico-fisiólogo italiano, el profesor Mosso, ha escrito un libro al respecto, copiado del natural, con un talento que encanta, y en él refiere con brillante colorido todas sus penas cuando tuvo que inaugurar sus lecciones de fisiología en la Universidad de Turin, en presencia de un numeroso auditorio.

Ese médico distinguidísimo llevaba preparado y estudiado un discurso luminoso, pero al hallarse en presencia del público se transformó de tal manera, que pronunció otro muy distinto de aquel, pasando por momentos de angustia suprema. Sin embargo, debo hacer constar que obtuvo aplausos muy merecidos, á pesar del terrible susto por que pasó.

El mismo Mosso dice, que el que escribiese un libro sobre la fisiología del orador prestaria un servicio á la sociedad, que paga caro «esta loca idolatría de nosotros mismos» que nos arrastra á hablar en público.

Las emociones que se experimentan en esta tribuna no pueden ser descritas: solo las siente el que como yo, se ve arrastrado hasta ella.

He oido referir á mi inolvidable maestro el doctor Guillermo Rawson, quien como vosotros sabeis, con su palabra fascinaba á cuantos lo oian, porque llevaba en ella el suave encanto de la

elocuencia que fluia fácil y ligera de sus lábios como sonrisa divina,—que cada vez que se encontraba frente al público á quien debia dirigirse, experimentaba una agitacion interior que conmovia su organismo entero.

Sabeis, pues, ya á grandes rasgos de lo que sois capaces, una vez constituidos en público.

Quiero suponer, que este ligero exordio puede servirme para reclamar vuestra indulgencia al escucharme, puesto que estoy desprovisto de la pretension de presentaros un discurso, y solo vengo á desempeñar una tarea que no he podido eludir.

Este acto, señor Presidente, señoras y señores, es de vida nueva entre nosotros, y es solemne por más de un concepto, porque él está destinado á la distribucion pública de las recompensas á que se ha hecho acreedor el esfuerzo intelectual aplicado á las ciencias médicas.

Aqui nos apartamos, aunque momentáneamente, de las agitaciones del espíritu, en los vaivenes inciertos y falaces de nuestra política, que tantas inteligencias marchita prematuramente; dejamos tambien de lado las preocupaciones cuotidianas á que obliga el afan con que se buscan los medios materiales de subsistir, para entregarnos solamente á festejar los triunfos conquistados en los serenos dominios de la ciencia.

Saludemos, pues, con júbilo el primer Concurso Sud-Americano de Medicina, realizado en Buenos Aires bajo los auspicios del Círculo Médico Argentino, al cual corresponde el mérito de haber llevado á efecto por vez primera en nuestro país estos torneos del saber, que son la chispa destinada á encender el fuego de la emulacion en el trabajo científico.

Y sin embargo, aunque sea sensible decirlo, es menester confesar con verdad, que este sentimiento noble y generoso que excita á imitar y aun sobrepujar, no se ha despertado con todo el ardor que debe corresponderle.

Por el contrario, tenemos que lamentar que á este último certámen no haya concurrido un mayor número de candidatos, como teníamos fundadas esperanzas de que sucediera.

Mucho tenemos que andar á este paso, y necesitamos valor, fé y perseverancia, si aspiramos realmente á ocupar el puesto que debemos alcanzar en el vasto escenario de las ciencias médicas.

El propósito que anima al Círculo Médico es noble y es grande, como lo demuestra el hecho de haber realizado ya diez certámenes con éxito satisfactorio, á los que debemos agregar éste, de carácter mas ámplio, sud-americnao, cuyos premios vamos ahora á distribuir.

Hay una ley, que impera en el mundo, que manda y que impulsa los acontecimientos: es la ley inmanente del progreso, que se desenvuelve tanto al través de los hechos favorables como de las resistencias adversas, y esta ley no sufre escepciones, porque es la ley de los pueblos civilizados y libres.

Parodiando á Tácito, para dar á mi concepto el valor de que carece, yo desearia vivamente que en los acontecimientos que marcan nuestra vida psiquica, fuera éste que celebramos hoy, uno de los que con mayor intensidad se grabara en la memoria de nuestros hombres de saber que pisan suelo sud-americano, y que los impeliera á concertar otro certámen internacional en que estuvieran representados todos los pueblos del continente.

Muchos obreros necesitamos, es cierto, para llevar á cabo la gran tarea; pero no debemos desmayar, porque somos una generacion nueva, llena de vida y aliento, signos seguros y precursores de grandeza futura.

En la República Argentina como en los otros pueblos sud-americanos, no tenemos felizmente esa gangrena que corroe la médula de algunas sociedades envejecidas, y que las arrastra á una decadencia más ó menos rápida. Y si en nuestras venas se ha inoculado el virus de la corrupcion moral, nuestro organismo es bastante robusto y pronto lo ha de eliminar de su seno.

Si ayer los argentinos íbamos en esa pendiente por haber tenido la fatalitad de que un régimen nos impusiera un Gobierno á imágen y semejanza de los productos de la decadencia moral de las sociedades, la conmocion de Julio de 1890 que dió por tierra con ese régimen funesto y que no volverá mas, salvó el honor de nuestro país y nuestras gloriosas tra diciones!

No hace aún muchos años que dependíamos, puede decirse, por completo, del extranjero, en las ciencias, las artes y en las industrias; pero hoy ya las cosas han cambiado, y parte del

triunfo está conseguido, con el concurso mismo de muchos extranjeros de los que han vivido ó viven en nuestro suelo. Y es lo lógico, porque obedece á otra ley inmutable tambien, cual es la *reaccion* que sigue á la *accion*.

Como prueba inequívoca de este aserto, voy á presentaros ciertos hechos que os son conocidos.

Nuestra ciencia del derecho está bien representada en todas las bibliotecas, y es conocida ya en la mayoria de las naciones civilizadas; y nuestros autores, si puedo llamarlos asi, son citados como autoridad en las materias de su competencia.

Hemos tenido y tenemos estadistas, escritores y políticos, pero políticos de alma grande y levantada, de aquellos que aman, respetan y hacen respetar las instituciones.

En literatura, tenemos nombres ilustres que repercuten con eco simpático donde quiera que se habla ó se conoce la lengua castellana.

Las ciencias físico-naturales han adquirido un desarrollo considerable entre nosotros, pudiendo decirse que tenemos verdaderos sabios cuyos nombres excuso recordar.

Las industrias han adquirido un vasto desenvolvimiento en sus variadas manifestaciones, á pesar de la vida agitada y de conmociones que hemos llevado, y hoy dia podemos decir con satisfacción que ya respondemos al pensamiento del gran patriota general Belgrano, que decía: «Nunca debe contarse la importancia de las naciones por el oro que tengan amontonado en sus arcas, sino por las fanegas de tierras bien cultivadas que posean.»

La medicina nacional ha permanecido embrionaria largos años y no ha podido aún emanciparse del todo de la tutela estraña. No obstante, hemos tenido verdaderas glorias que guardamos con respeto en nuestra historia médica, y en la actualidad aún no podemos decir á cuántos les está reservado ocupar un sitio de honor al lado de aquellos nombres ilustres.

Faltos de elementos esenciales para su estudio y perfeccionamiento, hemos carecido de la preparacion necesaria.

Los médicos dejábamos las bancas de la Facultad y éramos más estudiantes ese dia que cuando las ocupábamos; teníamos muchas deficiencias en el capital que allí habíamos acumulado, pero no era nuestra la culpa, ni de nuestros dignos profeso-

res que nos daban cuanto tenian y cuyo talento ó preparacion nada dejaba que desear, por regla general, pero que carecían de esos poderosos agentes de la enseñanza (los gabinetes y los laboratorios) y de los otros medios de exploracion con que hoy contamos.

En la actualidad los elementos de trabajo han aumentado así como los variados medios de investigación, y comienza ya á diseñarse un resultado tangible. Ya no recibimos lo que nos viene de afuera, sin beneficio de inventario: no nos dejamos deslumbrar tampoco por el nombre con que se nos presente; y los maestros de nuestra escuela se miran mucho antes de aceptar una innovacion por más que traiga la etiqueta de *medicina científica ó medicina experimental.*

Es menester, señores, tener presente tambien, que la medicina es una ciencia tan compleja como difícil, en la que no es posible progresar con paso rápido.

A ella, á sus cultores, puede aplicarse muchas veces, desgraciadamente, aquellas palabras del Dante: «El que más se esfuerza en avanzar, marcha para atrás.»

Y sino, recordad un acontecimiento reciente y trascendental, —lo que ha pasado al sabio Dr. Koch, que lleno de ciencia se lanzó abrazado de una hipótesis, que forjó su cerebro, al campo de la experimentacion, y un dia presentó al mundo médico, antes de haberlo tal vez deseado, la buena nueva: había hallado segun él, el medio de combatir la tuberculosis! —La revolucion se produjo, y todas las miradas se dirigieron á Berlin, buscando la *linfa* que debia ser la destinada á salvar millares de tuberculosos de una muerte segura. Nosotros tuvimos tambien el *famoso liquido*, y en manos de los distinguidos profesores Pirovano y Uballes se confirmó como en otras partes el tremendo fallo que encerraba la más cruel decepcion: la linfa no daba los resultados que se había propuesto su inventor!

Hé ahí un ejemplo elocuente de los grandes escollos que ofrece la ciencia médica; por eso es menester que seamos benévolos para juzgarnos, y no se atribuya el estado de nuestra medicina nacional, solo á falta de esfuerzos ó á indiferencia.

El aforismo de Fr. Hoffmann, *ars tota in observationibus*, está vigente hoy como ayer, y es necesario convenir con el sabio profesor Mariano Semmola, que confirma esta verdad cuando dice:—Sí, observaciones, observaciones pacientes y vigorosas,

observaciones ejecutadas con todos los medios de exploracion....»

«Es necesario no apasionarse sistemáticamente por una fuente privilegiada cualquiera; ved lo que significa conservar y adquirir, que es la divisa del verdadero progreso en medicina.»

Recordemos ahora, siquiera sea ligeramente, los primeros pasos dados por nosotros en el aprendizaje de las ciencias médicas. Ellos datan del año de 1780 en que se verificó la instalacion del Tribunal llamado del Proto-Medicato, creado por real cédula en tiempo del virrey Vertiz, y que fué inaugurado con una oracion latina pronunciada por el primer protomédico Dr. D. Miguel O'Gorman. En el año de 1787 formaban el personal de aquella primera institucion los Dres. O'Gorman, Carballo, Bruno, Rivarola, Mansilla, Garcia Echabeorn, Argerich, y los licenciados Capdevila y Marull. En 1801 se crea la cátedra de medicina á cargo del Dr. Argerich y la de anatomia bajo la direccion de D. Agustin Eusebio Fabre. En 1806 se graduaban los primeros médicos sobre suelo argentino despues de seis años de estudios improvisados. Luego aparece el Instituto Médico para reemplazar al proto-medicato.

En 1813, se dá nueva organizacion á la enseñanza; se crean cinco cátedras y un anfiteatro anatómico.

El Dr. Cosme Argerich toma la direccion del Instituto y del Cuerpo Médico Militar, para quedar despues estacionaria la marcha científica hasta el terrible año XX en que el derrumbamiento sepulta bajo sus ruinas, conjuntamente con las instituciones, todo cuanto se habia organizado.

Viene el renacimiento, y bajo la administracion del general Martin Rodriguez y de su ministro el gran Rivadavia, se reorganiza el instituto médico apareciendo una figura que debia ser mas tarde una de nuestras glorias médicas descollantes, el Dr. Juan A. Fernandez, y con él Francisco Cosme Argerich, y Bompland. En el mismo año de 1821, el Dr. Francisco de Paula Rivero protesta del nombramiento de Bompland, que era un sabio que se ponia al servicio de nuestro pais y de la ciencia, pidiendo que las cátedras se sacaran á concurso y que no se dieran, como se habia hecho, por nombramiento directo. Esto fué origen de un verdadero descalabro en el que desaparecen disgustados Argerich y Bompland. Poco despues se suprime el Instituto Médico, quedando solamente un Tribunal de Medicina.

Se crea en seguida la Universidad, la que abre sus puertas el 7 de Marzo, con el primer Rector Dr. Saenz, y allí reaparece la enseñanza de la medicina bajo el nombre de instituciones médicas y quirúrgicas con sus clínicas respectivas.

El gobierno crea muy luego la Academia de Medicina, la que se instala solemnemente en la mañana del 18 de Abril de 1822, presidida por el Ministro de Gobierno y con la concurrencia de los quince académicos que la formaban. La academia nombró seis corresponsales en el extranjero.

El 25 de Mayo del mismo año se daba un gran banquete por la Academia, con motivo de la fiesta nacional, presidido por el Ministro D. Bernardino Rivadavia, y en él se pronunciaron brindis y discursos elocuentes, festejando el dia de la patria y la creacion de la Academia, con cuyo motivo dijo Rivadavia que le habia servido de singular satisfaccion ver el espíritu público que reinaba en aquella reunion; y terminaba: «Doy á los señores que se hallan presentes á esta mesa la enhorabuena por tan remarcables sucesos, y la doy tambien, porque veo en ella reunidos *los profesores de las ciencias* en quienes Buenos Aires deposita *su esperanza para el sosten y la propagacion de las luces*, sin las cuales nuestra nacion no puede progresar.»

Y el Dr. Vicente Lopez, el inmortal autor del himno argentino, le respondió con este conceptuoso brindis: «Que marche la patria respetada del Universo, llevando á su diestra las virtudes y á su siniestra las ciencias, entre las cuales sobresale la medicina.»

Aquella Academia prometió mucho, y muy en breve cumplió en parte su programa, dando á la publicidad un tomo de sus anales, en que figuran trabajos de mérito, como los del Dr. Moreno sobre la quina y quinina, otro del mismo autor sobre el empleo de los iodicos en el *broncocele*, un caso de viruela y difterìa en un niño de 14 meses, por el Dr. Pedro Rojas; una Memoria acerca del *baño nitro-muriático* en las enfermedades del hígado, por James Lepper; é introducción al curso de química por el malogrado Dr. Moreno.

En 1826 se reforma el plan de estudios; se fijan cuatro años para la enseñanza médica; se agregan las cátedras de Patología médica y quirúrgica, Materia médica y Farmacia, Obstetricia y enfermedades de niños,—se incorporan como profesores los Dres. Muñiz y Miguel Rivera.

El año 1828 ingresa el Dr. Juan José Montes de Oca, que debia adquirir reputacion de cirujano y de excelente maestro.

En 1833 se proyecta una nueva organizacion, se aumenta á cinco los años de estudios, que estaban reducidos á cuatro, se incorporan á la enseñanza la Fisiologia y la Higiene, y se ordena que la enseñanza se haga por medio de libros impresos, estableciéndose al propio tiempo conferencias para maestros y alumnos.

En 1835 se reduce otra vez el plan de enseñanza.

En 1838 se hace sentir la figura fatídica del gobernador Rosas, quien suprime el presupuesto para escuelas, casa de xpósitos, hospitales, vacuna, etc., y despues el presupuesto universitario, ordenando que los padres costeen la educacion de sus hijos, y si no se subviene de este modo á los gastos que ella origine, que se suprima la Universidad! Y la institucion muere por la mano brutal del tirano, siendo esta la introduccion de la era de terror y de sangre que desarrolló en seguida.

El Dr. Martin Garcia—merece recordarse su nombre—continuó, secundado por sus colegas de la Escuela de Medicina, dictando clases y haciendo servicio de hospital.

Fué aquella época terrible en la que el Dr. Diego Alcorta, médico, filósofo y austero ciudadano, enseñaba á la vez que protestaba contra el bárbaro tirano.

Todo desaparece bajo el peso de la tiranía y recien vuelve á renacer en Caseros, el año 1852, con la caída de Rosas y sus secuaces.

En 15 de Abril de 1852 se reorganiza la Escuela de Medicina por un hábil decreto dado por el Gobernador Lopez y su hijo y ministro el distinguido é ilustrado Dr. Vicente F. Lopez; se establecen con mucho acierto los estudios fundamentales de medicina que se deben hacer en seis años y poco despues los concursos para profesores titulares; pero desgraciadamente esta práctica de la oposicion se abandona por no haber dado el resultado que se buscaba.

Despues se incorpora nuevamente la Facultad de Medicina á la Universidad y se fundan las cátedras de Medicina operatoria, Oftalmología y Toxicología como complemento de la Medicina legal. Entran entonces á formar parte de la Facultad y de la Academia que se creó en esa época, los Dres. Manuel A. Montes de Oca, José Mª. Bosch, Guillermo Rawson, Cleto Agui-

rre, Pedro A. Pardo, P. Mattos, Santiago Larrosa, Mauricio Gonzalez Catan, M. Spuch y E. Wilde.

Se crea el Museo Anátomo-Patológico Montes de Oca.

En 1881, se desenvuelve completamente el plan de los estudios, nacionalizándose la Universidad que dependia hasta entonces del Gobierno de Buenos Aires.

En el año 1883 se crea la Ginecología y su clínica, y la cátedra de Enfermedades de niños que existia ya anexa á otra cátedra; en 1886 las enfermedades mentales; en 1887 la Química farmacéutica, la Farmacia teórica y práctica, la Anatomia patológica á la cual se anexa el Instituto microbiológico, (que fué el primitivo Pasteur instalado por suscricion popular), las Enfermedades nerviosas y su clinica. En el año 1888 se divide la anatomía en descriptiva y topográfica. Despues se crean las cátedras de Enfermedades de la piel, Fisiología experimental, Odontología, Química y física é Historia natural médicas.

En el presente puede decirse que nuestra Escuela está organizada bajo el sistema de las mas adelantadas de Europa.

El personal dirigente de la enseñanza se compone de quince académicos titulares y seis honorarios.

El cuerpo de profesores es distinguido, así como el de sustitutos, los que en su mayor parte han obtenido sus puestos (de sustitucion) por concurso.

A nuestra Academia y Facultad se le hacen críticas porque no realiza mayores progresos, pero yo, como miembro que soy actualmente de ella, puedo levantar mi voz para decir que no hay completa justicia en semejantes cargos.

Es cierto que esta corporacion hasta ahora se ha ocupado casi esclusivamente de dirigir la enseñanza, pero es menester conocer su mecanismo interno para darse cuenta del inmenso material de trabajo que pesa sobre ella, á tal punto que sus miembros académicos ven absorbido todo su tiempo sin poder dedicarse á otras tareas. Sin embargo, se ha sancionado ya un proyecto por el cual la Facultad debe celebrar sesiones científicas.

Las tareas que pesan sobre ella en estos momentos son de vital interés para la enseñanza y no es posible descuidarlas; debe instalar su nuevo edificio y con él los gabinetes y laboratorios diversos, el anfiteatro, etc; tiene además entre manos la confeccion del nuevo plan de estudios al que desea dedicar toda su atencion.

Tiene tambien en discusion un proyecto de supresion absoluta de las faltas á las aulas, y muchas otras cuestiones de gran importancia.

Yo doy mucho valor al trabajo que la Facultad dedica para reglamentar de una manera definitiva la enseñanza, pues pienso que allí es donde debe estar el punto de apoyo más sólido para cimentar bien á la medicina nacional.

No ha podido realizarse aún la aspiracion de muchos—por no decir la de todos—la autonomía de la Facultad; pero esto no es un reproche que pueda dirigirse á la Academia.

Es conocido el hecho de que el Ministro de Instruccion Pública Dr. Balestra, en el acto de la distribucion de premios universitarios en 1891, pronunció un hermoso discurso manifestándose decidido campeon de la autonomia de las facultades.

Desgraciadamente fué aquello una vana promesa que se desvaneció muy luego como el humo en la atmósfera.

Yo tuve el honor de aplaudir calurosamente al jóven Ministro y por lo tanto fuí uno de los que sufrieron la decepcion de no ver realizado pensamiento tan grande y simpático.

Nuestra literatura médica ha sido muy pobre en los primeros años de existencia de las instituciones médicas en nuestro país y apenas se citan algunos trabajos de esa época.

En el año 1822 sólo existia «La abeja argentina»; mucho despues, en 1854 «El Plata científico y literario». En el año 1855 aparece la «Revista Farmacéutica». Los Dres. Mallo y Gallardo fundan la «Revista Médica Quirúrgica» en 1864, que pasa despues de algun tiempo al Dr. Coni y que desaparece el año 1888:—viviendo casi 22 años.

Los «Anales del Círculo Médico Argentino» ven la luz en 1877; tienen hoy 16 años.

Despues aparecen varias publicaciones médicas de las cuales solo existen cuatro en la actualidad.

Las asociaciones médicas han sido escasas; ha habido poco estímulo, y así hoy solo existen el Círculo Médico y la Sociedad Médica Argentina.

Esto prueba una inercia que es necesario combatir.

La asociacion es el medio de accion más conveniente y más seguro para el adelanto de las ciencias.

No obstante, nuestros trabajos médicos de 20 años á esta parte son de alguna consideracion, como lo demuestra el *Index*

bibliográfico publicado recientemente en el libro del Dr. Decoud.

Pero esto no es bastante, señores; necesitamos más labor.

El Círculo Médico Argentino ha cumplido su programa, y sus concursos han dado lugar á la produccion de trabajos interesantes.

Es menester que pensemos sériamente en poner los medios para que nuestra medicina adquiera un sello propio de originalidad.

Es conveniente, siguiendo las ideas de Semmola, que cada pais realice una perfecta alianza con los demás, pero que esta alianza no importe nunca la esclavitud.

Ideas semejantes fueron vertidas con erudicion y talento por uno de los profesores más distinguidos de nuestra Escuela en el discurso de apertura de su cátedra de Clínica Quirúrgica de 1878.

Me refiero al malogrado profesor Manuel A. Montes de Oca. En ese discurso incitaba á sus discípulos á que trataran de conquistar la independencia de la ciencia médica argentina y terminaba con estas bellas palabras:

«No hay mas autoridad en la ciencia que la verdad bien experimentada y bien observada.

«Experimentemos y observemos para constituir en favor de nuestra patria una medicina propia, argentina, que, como las tibias corrientes del golfo americano, lleve el calor de nuestra vida á la ciencia de la vieja Europa.»

Esta aspiracion tan grande y tan noble, tal vez no está lejos de realizarse, pues ya podemos ver á nuestra medicina que cual tierno niño quiere caminar sin ser conducido por la mano de la madre!

Se ha dicho, señoras y señores, que la ciencia no tiene patria, y es cierto; pero lo es tambien, que cada patria tiene su ciencia, y que la agrupación de todas estas constituye la gran ciencia de la verdad: la ciencia universal!

Voy á terminar, pero antes permitidme que, como argentino y como presidente del Jurado, agradezca íntimamente el concurso que hemos recibido de los pueblos hermanos de América, siendo este un nuevo vinculo de union y tal vez el más digno que nos reune en una sola familia—para ante el mundo —y que os presente á los obreros que han contribuido con su

labor y con su saber, á poner una piedra más en el gran edificio que queremos levantar.

El Dr. Adalberto Ramaugé, que ha obtenido medalla de oro del gobierno del Perú, por su memoria sobre «Enteroplexis».

El Dr. Samuel Gache, medalla de oro del señor Intendente municipal de Buenos Aires, por su obra «Climatología médica y fiebre tifoidea en la República Argentina y principales ciudades de América.»

El Dr. César Milone, medalla de oro del gobierno de Tucuman por su aparato denominado «Coprolitotritor.»

El mismo Dr. Milone, medalla de plata, de la seccion anatomía, por sus preparaciones anatómicas del órgano del oído.

El Dr. Diógenes Decoud, medalla de plata de la seccion cirujía, por su Memoria titulada «La reseccion tarso-tibial».

El Dr. Alfonso Masi, medalla de plata de la seccion de higiene por su memoria «El quiste hidatídico en la República Argentina».

El Sr. Silvio Tatti, medalla de cobre de la seccion histologia por sus preparaciones histológicas (cortes) del esputo.

El Dr. Gregorio Araoz Alfaro, diploma por su memoria «El neumococus y sus determinaciones pulmonares».

El Dr. Alberto Alberti, diploma por su «Contribucion al estudio y tratamiento de las luxaciones del astrágalo».

El Dr. Sebastian Alfonso Leáo, médico residente en Porto Alegre (Brasil), diploma por su memoria «Contribucion al estudio clínico de la neurasthenia».

El Sr. Francisco T. Llobet, diploma por sus preparaciones anatómicas «Topografía del encéfalo».

Quedan todos estos nombres, y sus trabajos, incorporados á nuestra literatura médica.

Sr. Presidente, señoras y señores: al declarar abierto el acto, hago votos porque en dia no lejano los pueblos que forman el continente sud-americano aunen sus fuerzas y se presenten unidos á reclamar á la Europa un puesto de honor en la vanguardia de la ciencia. (1)

---

(1) Anales de la Universidad de Buenos Aires.—«Historia de la enseñanza médica», por el Dr. J. M. Gutierrez.

«Historia argentina», por el Dr. V. F. Lopez.

S. Gache, discurso sobre la enseñanza de la medicina en Buenos Aires, 1891.

Discurso del Ministro del Perú, Dr. Alberto Ulloa

¡Con qué sincera complacencia pongo en vuestras manos, distinguido facultativo, el diploma que el Círculo Médico Argentino os discierne y que mi Gobierno os acuerda, como premio al importante estudio quirúrgico que habeis presentado en el Concurso Sudamericano á que hoy pone término esta galana fiesta de la ilustracion y del talento; complacencia justísima para mí, porque vengo á interpretar los móviles que animaron á mi Gobierno, al ofrecer aquel premio, y la solidaridad de los sentimientos que despierta la ciencia á través de los pueblos y de los mares del continente!

Viva debeis sentirla tambien por vuestra parte, cuando mediteis, sobre todo, que ese premio, merecido galardon de nobles esfuerzos, os representa, no solamente un triunfo profesional en el Centro Médico á que perteneceis, sinó un caudal de estimacion y de simpatias en un país distante, hasta el cual llega hoy vuestro nombre en alas del aplauso, y llegará mañana vuestro laureado trabajo.

Y puedo á la vez aseguraros que no será menor la que el Gobierno peruano experimente al conocer la aplicacion práctica que ha tenido su obsequio, tanto por haber recaído en persona cuyas anteriores obras no eran desconocidas en nuestras academias, como por el vivo interés que siempre le inspiraron las ciencias médicas, á cuyos adelantos contribuyó en no pocas ocasiones, dentro y fuera de los linderos nacionales.

Ni caben, señor, otras impresiones en estos tiempos sobrenaturales del saber humano, en que la medicina y ramas auxiliares hánse encumbrado tanto en el ambiente de las ciencias y en el seno de las sociedades, que pudieran decirse sobresalen en ellas, imponiéndose á éstas. Sus métodos experimentales ó de observacion práctica han avanzado tan largos trechos en el sendero de las verdades físicas, y han explicado tantos puntos oscuros del misterioso organismo con que el individuo se impele, se transforma y sucumbe, que todos nos detenemos hoy asombrados para interrogarnos si uno de los primeros puestos entre los adelantos del siglo, no corresponde á esta ciencia generosa que, penetrando en las intimidades de la fibra, de la célula y del átomo, ha llegado á las puertas del espíritu descorriendo el velo de sérios problemas filosóficos, planteando otros muchos, presidiendo en los pueblos del

mundo entero una evolucion asombrosa del derecho positivo moderno, y sembrando instituciones benefactoras en que tienen vasto campo de accion todas las virtudes sociales.

¡Y qué justo parece el asombro que experimentamos, cuando al volver la vista hácia el suceso histórico cuyo 4º centenario festeja este concurso, se mide el progreso médico realizado por nuestras actuales Repúblicas! Virgen para la ciencia como su suelo para las industrias civilizadoras, la América hispano-portuguesa ha debido librar muchas batallas de estudio y de trabajo, hasta alcanzar en tan cortas centurias y sin los medios de accion bastantes, ese adelanto que nos sirve al presente de legítimo orgullo y de que son evidentísima prueba los numerosos libros, opúsculos y periódicos profesionales, publicados en el continente, y enriquecidos hoy con vuestra última obra, digna verdaderamente del cuerpo á que perteneceis.

Séanos, pues, permitido felicitarnos tambien como americanos, de que fiestas semejantes vengan á señalar las etapas de ese progreso evidente, y á vincular los esfuerzos de los hombres de ciencia de este y de los otros países, en demanda de nuevos horizontes científicos y de nuevos campos de accion para su saber profesional.

Y bien se necesita, por otra parte, como obra de justicia de la humanidad sensible y de la humanidad pensadora, que actos de esta naturaleza se repitan en alabanza de la medicina y de sus hombres. Necesario; porque cada generacion de nuestra era debe pagar en vida—en manifestaciones reales como la presente y no tan solo las póstumas y acaso vanamente gratas del recuerdo—el homenaje debido á esos factores del bienestar humano, que, modesto de suyo, pueden estar satisfechos con las fruiciones de una conciencia ejercitada en las primeras virtudes morales; pero que, como todos los séres, necesitan la sávia vivificadora del estímulo - en las sociedades modernas representada por el aplauso—para seguir desenvolviendo sus fuerzas y repartiendo frutos provechosos.

Por eso mi Gobierno se asoció con placer á este concurso; y por eso tambien he aceptado el honor de dirigiros la palabra en esta grata oportunidad, en que debo ante todo enaltecer la feliz iniciativa del Círculo Médico Argentino, que os ha dado oportunidad de mostrar una vez más vuestros talentos, y que, al honrar con su invitacion á los médicos de mi

patria, junto con los demás sudamericanos, ha establecido nueva y prevechosa corriente entre individuos que persiguen idénticos fines, inspirados por los sentimientos de confraternidad que reinaron siempre entre peruanos y argentinos.

Discurso del Dr. Ramaugé

Sr. Presidente de la República, Sr. Ministro.

Señoras, señores:

La vida del estudio, esa labor incesante del espíritu á que nos hemos acostumbrado desde niños, tiene sus momentos de duda y de desencantos; pero, hay veces que encontramos en ella alegrias inesperadas, promesas del porvenir, voces de aliento, aplausos que llevan el sello de la espontaneidad, y que nos hacen recobrar las fuerzas para nuevas tentativas y para nuevas luchas.

Esta hermosa fiesta, este conjunto de fisonomias conocidas á las que estamos vinculados unos y otros por una amistad íntima, por afinidad de gustos ó de ideas; este grupo de compañeros de estudio que se han dignado venir en este momento á estrecharnos la mano y felicitarnos por nuestro modesto triunfo, es la recompensa más grandiosa de nuestros esfuerzos, el mejor de los laureles que hemos podido obtener por esas horas de estudio sustraídas á las exigencias del trabajo diario.

Pero, no se crea que ofuscados por el halago personal, supongamos por un momento que esta reunion responda única y exclusivamente á dirigir un aplauso á los que hemos obtenido el triunfo en el concurso celebrado por el Círculo Médico Argentino: ella tiene un fin más alto, menos personal, más simpático para nosotros mismos: es la voz de aliento para no desmayar en la obra iniciada y de la que se podrá esperar grandes frutos; es el aplauso dirigido á la asociacion del Círculo Médico, para que persista en el triunfo de sus ideas.

Dado el primer paso en la iniciacion de los concursos sud-americanos; vencidas las primeras resistencias, no es posible abandonar la obra ya comenzada: es necesario agruparnos todos y formar el compromiso moral de seguir adelante, poniendo todos nuestros esfuerzos para que concurran á estas luchas intelectuales, los que con una preparacion científica superior á la nuestra, puedan remontar el

vuelo á esas regiones donde solo se ciernen las águilas de la inteligencia.

Nunca seria suficientemente ponderada la práctica de los concursos establecidos por el Círculo Médico Argentino; en estos torneos de la labor científica, en esta lucha leal donde no puede haber personalidades vencidas, porque cada combatiente se presenta á la liza de la verdad, bajo el incógnito de su armadura, y solo un lema los distingue: los vencidos, son retirados, y quedan anónimos; y solo una fatuidad exótica en los que cultivan las ciencias y comprenden su valor, puede permitir el amor propio herido.

Es una lucha de ideas, de razonamientos más ó menos científicos, de verdades más ó menos tangibles, y son aquellas ideas que se presentan iluminadas con cierta aureola de verdad las que se llevan la palma, porque su autor ha tenido la fortuna ó la habilidad de presentarlas más humanas, más evidentes, mas prácticas que otros que solo aparécen como luciérnagas fugitivas.

Hasta en esto hay que invocar á la fortuna para que nos permita trasmitir la intimidad de nuestros pensamientos en una forma que se imponga al criterio de los demás!

Y, una idea en ciencias, señores, cuantas veces no es ella mas que un punto vagamente luminoso, perdido en medio de la bruma de la duda; y es necesario aproximar á ella la razon por medio de la reflexion y el trabajo, para comprender que no fué un fuego fatuo, que no fué una alucinacion en busca de la verdad científica. Pues bien; cuántas veces esa idea que duerme escondida en un repliegue de alguna circunvolucion cerebral, necesita de un estímulo, como la frase del poeta «*camina, camina superbo pensier*», para que esa idea se encarne, se haga tangible, surja al mundo de la verdad, palpable para nosotros mismos y convincente para los demás.

En apoyo de lo expuesto, algo semejante me sucedió; la primer concepcion de la *enteroplexis* la tuve hace tiempo, y, al principio del año pasado, en las primeras lecciones dictadas en nuestra Facultad de Medicina, expuse á mis discípulos la idea madre al ocuparme de suturas intestinales;—algunos de ellos me han recordado esta circunstancia, causándome verdadero placer.

Esa idea que me fué sugerida por las dificultades que resienten todos los que se han ocupado de síntesis intestinal, la

acaricié desde el primer momento en el sentido de poder obtener, nó un notable descubrimiento para la cirugía, pues jamás le he atribuido ese valor á mi trabajo, sino simple mente demostrar la posibilidad de practicar una operacion quirúrgica, simplificándola, poniéndola al alcance de los mas modestos cirujanos, y evitando de este modo los serios peligros de que antes estaba rodeada.

Señor Ministro del Perú:

Es hasta cierto punto sensible que la honrosa distincion acordada por el Gobierno de la República del Perú, no haya sido disputada por uno de vuestros dignos compatriotas, y que sea una modesta personalidad de un país distante el que la haya conseguido; pero, al admitirla como un título que siempre recordaré con orgullo, me limito tambien á recordaros que la he ganado en franca y buena lid, y que, en el mundo de las ideas, no hay nacionalidades distintas, sino sentimientos y aspiraciones como este, que, solo tienden al bienestar común.

He dicho.

Discurso del Dr. Juan José Montes de Oca

Señor Dr. Gache:

Honrado por el Círculo Médico Argentino, en el carácter de Presidente del Concejo Deliberante de la Capital, os entrego, Dr. Gache, el premio alcanzado en la hermosa lucha á que habeis concurrido.

Conforta verdaderamente el espíritu que, á pesar de las agitaciones de la política que tanto tiempo nos absorben, se levanten las inteligencias argentinas á conquistar un puesto espectable en el mundo científico, y nos hagan presenciar esos bellos torneos del saber, cuyas únicas armas son el talento, la consagracion y el estudio.

Si no podemos vanagloriarnos de ocupar todavia un lugar distinguido entre las naciones regidas por instituciones libres, consuela el espectáculo hermoso de estas batallas incruentas, que dan lustre y brillo á la pátria, en las altas esferas del pensamiento humano.

Vos, Dr. Gache, habeis conquistado una victoria, cuyos laureles ceñirán en adelante vuestra frente, pero no os detengais en el camino que con tanto fruto habeis recorrido. Recordad que hombres eminentes os han precedido; recordad que los Argerich, los Fernandez, los Alcorta, los Rawson han enaltecido entre nosotros la ciencia de Hipócrates; y que es con la dedicacion de cada dia, con la perseverancia y con una abnegacion ejemplar que obtendreis penetrar en los arcanos profundos de la Medicina, y colocar vuestro nombre al lado de aquellos benefactores de la humanidad doliente.

Dr. Gache: recibid el premio á vuestros afanes, con las felicitaciones del que se siente orgulloso al dirigiros en este momento la palabra.

Discurso del Dr. Samuel Gache

Señor Presidente de la República:

Señores del Jurado:

Señoras y señores:

He recibido el honroso encargo de representar á mis compañeros laureados y de expresar en su nombre las gratas satisfacciones que este acto produce en nuestro espíritu.

El cuadro está completo: nada falta á la magnificencia de esta asamblea.

Las altas dignidades del Estado la prestigian con su presencia: los ministros diplomáticos de las naciones sud-americanas nos traen el testimonio de simpatia de nuestros hermanos del continente; las corporaciones científicas nos expresan votos sinceros; el jurado que ha discernido los premios nos estimula con juicio sereno; un público consciente adhiere á nuestras alegrias, y coronando este hermoso espectáculo veis á la juventud médica y á los estudiantes de nuestras facultades asociarse con júbilo á esta alta demostracion.

¿Qué significa este inmenso concurso de hombres de Gobierno, diplomáticos, profesores, académicos, damas y caballeros aquí congregados?

¿Se trata, por ventura, de recibir entre ovaciones al general victorioso en la lucha armada?

No, señores: aquí nos reune un elevado sentimiento, que no es ni el muy legítimo de aplaudir y felicitar al amigo por su

triunfo, sinó este otro más grande, mas trascendental: la comunion de los hombres de esta parte de América, confundidos en una sola aspiracion bajo los auspicios de la ciencia.

Saludemos entonces en este primer certámen sud americano de medicina que realiza el Círculo Médico Argentino, al íris de la paz que acerca pueblos, cimenta el intercambio de ideas y nos hace solidarios en la elaboracion de los progresos modernos.

Saludemos este noble esfuerzo, más que por lo que significa como produccion científica, por el acercamiento y la estrecha vinculacion que establece entre los hijos de naciones amigas, aunque separadas por mares y montañas.

Hagamos votos porque las conquistas de la ciencia, mas estables y duraderas que las conquistas guerreras, consoliden y armonicen los recíprocos intereses de la gran familia que puebla esta region del mundo, probando al mismo tiempo que la América es capaz de labrar su propia felicidad por el ejercicio de las instituciones libres que, como dijo Avellaneda, «no han perdido su poder benéfico al caer en el extremo Sud del continente».

Señores: Se ha dicho, y con razon, que la América es tributaria de la Europa en materia científica.

Desde el istmo de Panamá hasta el Cabo de Hornos se agitan 35 millones de hombres que, sin las preocupaciones de la libertad que aquí es derecho de todos, buscan por el trabajo el afianzamiento de su bienestar.

Producimos en abundancia la materia prima que los mercados europeos transforman é incorporan á la actividad del comercio.

Pero esto no basta; nuestra calidad de libres nos impone la obligacion de la independencia científica.

Es tiempo ya de que la luz del espíritu moderno penetre en el cerebro de los hombres de estudio, para que las ciencias biológicas reciban el impulso que necesariamente puede comunicar la inteligencia, aplicada en el Nuevo Mundo, á los problemas que aún hoy preocupan á los sabios.

La emancipacion en este sentido debe llegar, y con ella se cumplirán las palabras proféticas del gran Sarmiento: «El porvenir del mundo, está en este lado del Atlántico; y no hay dos porvenires para el mundo de las ideas».

Aunemos los esfuerzos en la tarea comun, y emprendamos

la obra con el valor necesario, llevando la que hoy realiza el Círculo Médico Argentino hasta su último límite, y fomentando las convenciones y conferencias médicas, para llegar así al conocimiento exacto de la patología de estas regiones.

Seríamos afortunados si lográramos antes de mucho tiempo reunir en nuestra opulenta capital á los delegados de las Naciones Americanas, para que, constituidos en Congreso, echaran las bases definitivas de una legislacion sanitaria internacional que fuera baluarte poderoso contra las invasiones epidémicas.

En nombre de los laureados, os doy las gracias por esta fiesta: pero antes de terminar, quiero hacer un recuerdo y agregar una palabra en el mio propio.

Señor Presidente de la República: Cuando la Francia anunciaba al mundo el triunfo completo de su escuela experimental, sancionado por la aplicacion del método de Pasteur en todas partes, éste, dirigiéndose al eminente ciudadano que hoy rige los destinos de esa grande y siempre gloriosa Nacion, decia: «Si me fuera permitido terminar por una reflexion filosófica provocada en mí por vuestra presencia en esta sala de trabajo, yo diria que dos leyes contrarias parecen estar hoy en lucha: una ley de sangre y de muerte que, imaginando cada dia nuevos medios de combate, obliga á los pueblos á estar prontos siempre sobre el campo de batalla, y una ley de paz, de trabajo, de salud, que no cuida sinó de librar al hombre de los flagelos que lo asedian. La una no busca sinó las conquistas violentas, la otra el alivio de la humanidad. Esta coloca una vida humana arriba de todas las victorias; aquélla sacrificaría cientos de miles de existencias á la ambicion de una sola »

«La ley de que somos instrumentos busca aún á través de la destruccion curar los males sangrientos de esta ley de guerra. Las curaciones inspiradas por nuestros métodos antisépticos pueden preservar miles de soldados. ¿Cuál de estas dos leyes prevalecerá? Dios solo lo sabe. Pero lo que podemos asegurar es, que la ciencia francesa se esforzará, obedeciendo á esta ley de humanidad, por ensanchar las fronteras de la vida».

Perdonad, señor, si os traigo estos recuerdos y si, valiéndome de vuestra presencia aquí, parodio las palabras de Pasteur, para deciros: Puesto que las cuestiones internacionales reci-

birán solucion pacífica y decorosa, y podréis así consagrar vuestros esfuerzos al mejoramiento de vuestro pueblo, estimulad por todos los medios á vuestro alcance el estudio y la produccion científica. Recordad que en los destinos de la América Meridional, la República Argentina es la designada por la Providencia para hacer triunfar la verdad y llevar el cetro del progreso.

Discurso del Dr. Juan B. Señorans

Señor Presidente de la República:

Señores Ministros:

Señoras, señores:

El veredicto del jurado del concurso sud-americano de medicina, acaba de cumplirse.

En medio de sus simpáticos efectos, me parece escuchar el eco lejano de una diana: contemplo los tiernos estremecimientos del hogar, y veo á madres, padres, esposos, hijos y amigos que bendicen con lágrima sonriente al que vuelve triunfante despues de la jornada.

He ahí, señores laureados, lo que cobijará vuestro trofeo.

No olvido, no olvidemos á los vencidos en tan noble lid.

Todos habéis merecido bien de la humanidad y de la pátria; de esta pátria americana que tanto sufre, de la pátria de Rivadavia, estremecida un momento por tempestades que se disipan á pesar de pronósticos virtuales.

Porque, señores, el patriotismo no existe únicamente en derramar su sangre al pié de su bandera.

Se enaltece tambien á la pátria en las luchas intelectuales; y á vosotros, señores estudiantes, á cuya determinacion debemos este hermoso espectáculo, os recordará aquellos conceptos de Bacon cuando clasificando á los sábios decia:

«Los unas son como la hormiga: se contentan con amontonar y consumir en seguida sus provisiones.

Los otros, parecidos á las arañas, urden telas cuya materia es extraida de su propia sustancia, admirables por la delicade-

za del trabajo, pero sin solidez ni uso. La abeja conserva el término medio: saca de las flores y de los jardines la materia prima: despues, por un arte que le es propio, la trabaja y la digiere.»

Sed para la naciente ciencia argentina como la abeja de Bacon.

Señor Presidente:

Señores Ministros:

El Círculo Médico Argentino, de quien soy su muy modesto intérprete, os agradece vuestro acto de presencia y os demuestra que la ayuda de la Nacion no cae en terreno estéril.

Señoras, señores:

Llevad á vuestras casas la gratitud de los que han luchado y del Círculo Médico que tiene el honor de contarles entre sus miembros.

He dicho.

Congreso Médico Pan-Americano

Los dias 5, 6, 7 y 8 de Setiembre próximo son los fijados para las reuniones del Congreso Médico Pan-Americano que ha de celebrarse en Washington.

Para esa fecha piensa estar allí el Dr. Pedro Lagleyze, presidente del Comité Argentino del Congreso.

Es necesario que los trabajos á presentarse sean enviados cuanto antes, á fin de que la República Argentina figure dignamente en el gran torneo médico. De otra manera, tendriamos siempre la vergüenza de no haber concurrido á este acto trascendental para la América.

Nuestro país acaba de celebrar por intermedio del Círculo Médico Argentino el primer concurso sud-americano de medicina, y es satisfactorio decir que han sido 24 los que se han

presentado al interesante debate, obteniendo solo once las palmas del triunfo.

Es justo esperar que en el Congreso de Washington la nacion argentina asista, representada por algunos trabajos científicos que darán la medida de la capacidad intelectual de nuestros hombres estudiosos. Así lo exige la etiqueta internacional, las altas y recíprocas conveniencias de los pueblos invitados á la asamblea.

Urge, pues, que nuestros autores envíen sus respectivas memorias para que lleguen á tiempo de ser incluidas en las relaciones que se presentarán á las discusiones. El honor de la ciencia argentina está comprometido, y es indispensable que se remitan los trabajos cuanto antes.

FORMULARIO

Maragliano emplea estos sellos contra la diarrea de los tuberculosos y caquécticos:

Fosfato de cal.....	10 gramos
Tanino	1 á 2 »

M. y dividase en 20 sellos, para tomar 4 ó 6 por dia.

Gugl y Stichl aconsejan estos supositorios contra los dolores intestinales de los neurasténicos:

Bromuro de alcanfor.....	0 gr. 50
Extracto de belladona.....	0 gr. 03
Manteca de cacao.....	c. s.

M. Para un supositorio. Hacer diez iguales. Introducir uno ó dos en las 24 horas.

Direccion General de Estadística Municipal

Defunciones ocurridas en la ciudad de Buenos Aires durante el mes de Abril de 1893

MORTALIDAD SEGUN SEXO Y ENFERMEDAD

ENFERMEDADES	SEXOS V.	M.	Total
A Afecciones generales			
1. INFECCIOSAS, CONTAGIOSAS Y MIASMÁTICAS			
Fiebre tifóidea	18	16	34
Viruela confluente	—	1	1
Sarampion	1	—	1
Escarlatina	3	1	4
Coqueluche	2	1	3
Difteria	16	14	30
Crup	14	8	22
Angina diftérica	3	—	3
	57	41	98
2 SOLAMENTE VIRULENTAS			
Carbúnculo	1	—	1
3. CONSTITUCIONALES Ó DIATÉSICAS			
Tuberculosis	53	23	76
» meningea	2	3	5
» intestinal	1	2	3
» de los ganglios	—	1	1
» peritoneo	1	—	1
Cáncer	10	3	13
» del estómago	3	5	8
» del hígado	2	1	3
» del piloro	1	—	1
» de la próstata	1	—	1
» del intestino	1	—	1
» del esófago	1	—	1
» de la mama	—	2	2
» del útero	—	7	7
» de la matriz	—	2	2
» de la cara	—	1	1
» del recto	—	1	1
» del mesenterio	1	—	1
» del maxilar	1	—	1
Reumatismo	1	—	1
Diabetes sacarina	—	4	4
Raquitismo	—	1	1
Sífilis infantil	1	3	4
» en adultos	—	2	2
Leucocitemia	—	1	1
Cloro anemia	—	1	1
Bocio	1	—	1
Tabes mesentérica	—	1	1
	81	64	145

ENFERMEDADES	SEXOS V.	M.	Total
B Afecciones locales, agudas ó crónicas			
1. ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO			
Congestion cerebral	9	5	14
Apoplegia	8	1	9
Hemorragia	8	3	11
Anemia	—	1	1
Meningitis	26	27	53
Encefalitis	2	—	2
Embolia	1	—	1
Derrame cerebral	2	2	4
Hidrocefalia	2	—	2
Mielitis	—	1	1
Reblandecimiento cerebral	6	—	6
Tumor cerebral	2	—	2
Demencia	1	—	1
Tétano traumático	3	—	3
» infantil	21	3	24
Epilepsia	1	—	1
Eclamsia infantil	2	5	7
Parálisis general progresiva	2	1	3
Alcoholismo	2	2	4
Edema del cerebro	2	—	2
Conmocion cerebral	2	—	2
Paquimeningitis cervical	1	1	2
Paraplegia	—	1	1
Histeria	—	1	1
Morfinomania	1	—	1
Otitis	—	1	1
	104	55	159
2. ENFERMEDADES DEL APARATO CIRCULATORIO			
Pericarditis	1	—	1
Endocarditis	2	2	4
Aneurisma	3	—	3
» de la aorta	6	1	7
Hemorragia	1	—	1
Angina de pecho	4	2	6
Vicio orgánico alcorazon	27	18	45
Ateromasia arterial	2	—	2
Miocarditis	1	—	1
	47	23	70

ENFERMEDADES	SEXOS V.	M.	Total
3. ENFERMEDADES DEL APARATO RESPIRATORIO			
Laringitis estridulosa..	2	—	2
Laringitis.....	—	2	2
Bronquitis.....	18	6	24
Bronco-neumonía.....	7	10	17
Neumonía.....	19	23	42
Pleuro-neumonía.....	1	3	4
Congestion pulmonar ..	2	1	3
Asma.....	1	—	1
Edema de la glotis.....	2	—	2
» pulmonar.....	1	1	2
Enfisema pulmonar....	2	—	2
Pio-tórax	1	—	1
Abceso pulmonar	—	1	1
Espasmo de la glotis...	1	—	1
Gangrena pulmonar....	—	1	1
	57	48	105
4. ENFERMEDADES DEL APARATO DIGESTIVO			
Dispepsia	—	1	1
Catarro intestinal.....	1	1	2
Estrechez del esófago..	2	—	2
Gastritis.....	—	2	2
Gastro-enteritis.....	33	25	58
Atrepsia.....	10	12	22
Fiebre gástrica.....	—	1	1
Indigestion.....	1	—	1
Enteritis.....	18	13	31
Entero-colitis	4	5	9
Disenteria.....	4	3	7
Oclusion intestinal.....	2	1	3
Tiflitis.....	1	—	1
Tumor abdominal.....	—	1	1
Quiste hidático del hígado.....	1	—	1
Peritonitis.....	8	11	19
Cólera infantil.....	1	2	3
Hepatitis.....	2	1	3
Esclerosis del hígado..	1	—	1
Quiste » »	1	—	1
Abceso » »	1	—	1
Degeneracion del estómago	1	1	2
Abceso retro-faringeo ..	1	—	1
Cirrosis del hígado	6	—	6
» atrófica	1	—	1
» hipertrófica ...	1	—	1
Hematemesis	—	1	1
	101	81	182
5. ENFERMEDADES DEL APARATO GÉNITO-URINARIO			
Mal de Bright.....	4	—	4
Uremia.....	3	2	5
Nefritis	7	1	8
Abceso de la pelvis....	—	1	1
Metro-peritonitis.....	—	1	1
	14	5	19

ENFERMEDADES	SEXOS V.	M.	Total
6. ENFERMEDADES DE LA PIEL Y TEJIDO CELULAR.			
Erisipela.....	1	1	2
Gangrena.....	—	1	1
Flemon difuso.....	2	—	2
	3	2	5
7. ENFERMEDADES DE LOS ÓRGANOS DE LA LOCOMOCION.			
Artritis blenorrágica ..	—	1	1
Osteo sarcoma.....	—	1	1
	—	2	2
8. AFECCIONES PUERPERALES.			
Fiebre	—	3	3
Infeccion	—	1	1
	—	4	4
C Muertes accidentales ó violentas			
Asfixia por sumersion..	2	—	2
Heridas.....	6	1	7
Ustion	3	3	6
Shock traumático.....	1	1	2
Repentinamente	1	—	1
Fractura.....	3	2	5
	16	7	23
D Nacidos muertos ó muertos poco despues de nacer			
Debilidad congénita....	17	11	28
Nacidos muertos.	59	39	98
	76	50	126
E Sin clasificacion			
Anemia	4	—	4
Embolia	1	—	1
Consuncion.....	2	5	7
Tumor.....	1	—	1
Inanicion	1	1	2
Septicemia.....	3	—	3
Senectud.....	4	2	6
Coma	2	—	2
Marasmo.....	2	1	3
Sin especificacion.....	4	2	6
	24	11	35

RESÚMEN

VARONES	MUJERES	Total
581	393	974

Año XVI—1893 BUENOS AIRES Tomo XVI—Nº 7

Anales del Círculo Médico Argentino

JULIO DE 1893

CLÍNICA MÉDICA—Servicio del Dr. Uballes

SOBRE UN CASO DE ABSCESO HEPÁTICO

Por **C. Alvarez**

Interno del servicio

Creo interesante y digna de ser conocida del público médico la siguiente observacion y algunas consideraciones que ella me ha sugerido.

C. D., de 36 años, italiano, gasista, ingresa al hospital el 2 de Abril del corriente año.

Hace diez años tuvo una neumonía del lado derecho; despues siempre ha sido sano.

El 27 de Marzo por la noche, habiendo pasado el dia en su trabajo, fué despertado por un dolor interior del hombro derecho y se encontró completamente mojado por el sudor. No tuvo escalofrío inicial ni vómitos. En los dias siguientes el dolor se extendió á la espalda, apareció tos seca, fiebre y sudores nocturnos; síntomas que han persistido hasta hoy.

Exámen (3 de Abril): Buena constitucion. Temp. 39,3.

Dispnea, 32 resp., más amplias en el lado izquierdo. En el ado derecho se observa: las vibracianes torácicas no existen en la base del pulmon, en el resto normales. La presion de las paredes torácicas es sumamente dolorosa. Percutiendo: timpanismo en el vértice, matitez absoluta en la base cuyo límite no varía con los cambios de posicion del enfermo. Auscultando: desaparicion del murmullo vesicular en la base. Frotes pleuríticos. Pulmon izquierdo, normal.

Corazon, normal. Pulso muy débil, 100 puls.

Hígado, no sobrepasa el borde costal.

Con estos signos que hacían presumir la existencia de un tumor en la cara superior del hígado, se hace una puncion y

se extrae un pus cremoso, en el que no ha sido posible encontrar ganchos de equinococus.

Prescripción: Ventosas escarificadas; 0.60 gr. de quinina.

Abril 4.—Sigue en el mismo estado. Temperatura, 38,3; la noche anterior ha tenido sudores profusos.

Abril 5.—Gran postracion. Anoche sudores abundantes. La temperatura anoche 39,4; esta mañana 39. Tiene tos con expectoracion casi herrumbrosa. Se queja de un dolor en el borde interno del omóplato izquierdo y el exámen local revela los signos de una neumonía en ese lado: 34 resp.; vibraciones vocales aumentadas en la base, matitez, soplo en los dos tiempos de la respiracion, broncofonia y pectoriloquia áfona. Los ruidos cardíacos bien netos, pero el pulso débil, 92 puls. Tension arterial, 11.

Se pone un vesicatorio en la base del pulmon izquierdo y se da 40 gotas de digitalina de Mialhe.

Abril 6.—La fiebre ha caído á 37,2. Los sudores nocturnos continúan. En el foco de neumonía se oyen rales finos. Se dan XX gotas de digitalina.

Aril 14.—No hay temperatura. Los signos de neumonía han desaparecido. Se suspende la digital y se precribe infusion de coca.

Abril 21.—Estando en buenas condiciones se resuelve operarlo y el Dr. Palma practica la siguiente:

Operacion.—Divide la piel sobre la 9ª costilla en la línea axilar, decortica el periostio y reseca la costilla en una extension de 8 centímetros. La pleura diafragmática no está adherida á la parietal. Hace comprimir fuertemente la pared costal, toma con pinza el diafragma que extrae hácia afuera, obturando así la herida é impidiendo se produzca el pneumotórax y al ir á suturar las hojas de la pleura salió pus por el orificio hecho por la aguja. Aspira entonces unos 125 gramos de pus que contenia el absceso, corta el diafragma y la parte de hígado que le estaba adherida y los sutura á la pared torócica con hilos de plata. Tapona la cavidad con gaza y pone un vendaje apretado para inmovilizar el pecho.

Abril 22.—No ha podido dormir á causa del dolor. No hay temperatura.

Abril 31.—Sigue muy bien. Se sacan los hilos de sutura.

Mayo 16.—La herida está en vias de cicatrizacion. El enfermo sale de alta.

Se trata por lo tanto de un absceso del hígado en el curso del cual se ha desarrollado una neumonía. Nada hace pensar que haya una relacion entre ambos, por lo que creo son completamente independientes.

El diagnóstico diferencial sólo es necesario hacerlo con el quiste hidatídico supurado, pero para eliminar esta afeccion basta tener en cuenta: 1º, La falta absoluta de todo sintoma de quiste hidatídico hasta siete dias antes de entrar al hospital, fecha en que comenzó su enfermedad actual; 2º, Que el exámen microscópico del pus no ha permitido comprobar la existencia de ganchos de equinococus, y 3º, que una vez abierta la coleccion purulenta no ha habido eliminacion de la membrana quística.

Esta observacion es interesante por más de un concepto. El enfermo entró al hospital con una fiebre que oscilaba alrededor de 39º; tuvo la neumonía y al terminar ésta la fiebre desapareció á pesar de persistir el absceso que la había determinado. ¿Es debido esto á que la fiebre fué producida por la perihepatitis comprobada en la operacion? ¿Por qué la neumonía ha influenciado el absceso como la erisipela influencia el carbunclo? ¿O bien, no existe tal influencia, y la fiebre producida por el absceso ha terminado, porque estaba terminada la enfermedad y la curacion habria sobrevenido aunque no se operara? No me encuentro en condiciones de resolverlo.

Paso á ocuparme de la patogenia.

El absceso del hígado reconoce por causa próxima la localizacion en este órgano de bacterios piogénicos, como todos los procesos de supuracion del organismo. La supuracion sin bacterios es posible, pero no se la observa en clínica.

Ahora bien, segun las condiciones en que la localizacion se hace, podemos dividir en general estos abscesos, bajo el punto de vista patogénico, en tres clases.

1º. Los producidos en las enfermedades infecciosas generales, en las cuales el bacterio trasportado por la sangre se localiza en el hígado como lo hace en los órganos más diversos. Los producidos en la piohemia, fiebre tifoidea, viruela, etc., entran en esta categoría.

2º. Los producidos por enfermedades infecciosas del tubo

digestivo y en las que el bacterio llega al hígado sea por la vena porta, sea por las vias biliares como las de la disenteria, tiflitis, etc.

3º. Los abscesos primitivos, muy raros, en los que la localizacion del bacterio en el hígado constituye directamente la enfermedad.

La sangre en el estado normal parece no contener bacterios, pero en ciertas circunstancias los contiene. Que un accidente cualquiera, un traumatismo, un cálculo enclavado, por ejemplo, ponga este órgano en condiciones de receptividad, y el absceso se desarrollará. Nuestro caso entra en este categoría.

Se ha tratado de disminuir la importancia de los abscesos de esta clase. En los casos en que el absceso parecia primitivo y no habia traumatismo ni otra causa análoga, se ha preferido atribuirlos á lesiones ocultas del intestino ó á errores en la observacion. ¿Y por qué?

En mi opinion se desarrolla una hepatitis supurada como se desarrolla una osteomielitis en un hueso ó un absceso en el tejido celular subcutáneo. ¿Es posible, acaso, encontrar siempre la causa de una osteo-mielitis aguda? Es que tenemos aún muy pocos datos sobre las condiciones que ponen un órgano en inminencia mórbida.

El exámen bacteriológico de los abscesos del hígado ha demostrado le existencia de varios bacterios piogénicos. Los más comunes son el *estafilococus aureus* y *albus*, el *estreptococus piogenes* y el *bacilus coli comunis*. Se ha encontrado muchos otros, algunos no estudiados aún, pero con menos frecuencia.

Pero una particularidad sobre la cual hizo llamar la atencion Kartulis, y que no tiene análogo en el organismo, es que estos abscesos son, en la mayor parte de los casos, bacteriológicamente asépticos. Para explicar este fenómeno se pensó que, ó bien el bacterio no se desarrollaba en los medios de cultura usuales, ó que ha sido destruido en el mismo foco. La penetracion de toxinas en la circulacion nunca da lugar á abscesos. En contra de la primera hipótesis está el hecho de encontrarse solo en el hígado los abscesos asépticos.

En nuestro enfermo, con el pus extraído con las precauciones requeridas, sembré dos tubos de gelatina peptona y uno de agar-agar.

La gelatina fué liquidada lentamente y al cabo de tres dias

no llegaba aún á la tercera parte. Se observaban unos grumitos blancos que ocupaban la parte inferior de la gelatina liquidada y tenian igual aspecto en los dos tubos.

En el agar la colonia formaba una delgada película que se extendía tambien con lentitud. En ambas pude comprobar la existencia de micrococus.

Pero en lugar de crecer y liquidar toda la gelatina, el cultivo se desarrollaba cada vez con más lentitud hasta detenerse por completo. Hice placas en varias ocasiones con el objeto de determinar la especie, placas que mantuve ora á la temperatura ordinaria, ora á 20º; pero no logré obtener colonia alguna. El cultivo estaba estéril.

De que el pus era séptico, no puede caberme duda desde que liquidó la gelatina y he podido en él observar micrococus con el microscopio. La gelatina y el agar empleados son los usados diariamente en los estudios bacteriológicos en el Hospital de Clínicas. Por otra parte, creo haber tomado todas las precauciones exigidas en estos estudios. La única explicacion posible del fenómeno me parece ser que estos bacterios tenian una vitalidad muy débil y que al cabo de algunas generaciones se ha apagado por completo.

Cuando se atenúa la virulencia de los bacterios por medio de sustancias químicas, se observa en ellos una verdadera degeneracion. Se desarrollan lentamente en los medios de cultura usuales y son menos resistentes á los antisépticos. (1)

Los bacterios encontrados me parecen estar en estas condiciones.

¿Por qué no admitir entonces que cuando se desarrollan en el hígado son influenciados por sus secreciones? El rol de la bilis como antiséptico no puede ser negado. Es un hecho corriente en clínica que cuando se suspende el derrame de bilis en el intestino sus fermentaciones son más intensas. Aquí tendríamos la causa de la falta de bacterios en los abscesos del hígado.

Es preferible esta explicacion que atribuir á la célula hepática una accion química aun desconocida que destruya los bacterios.

Buenos Aires, Junio de 1893.

---

(1) Cornil y Babes. *Los Microbios*, pág. 245—I.

HOSPITAL SAN ROQUE—Servicio del Dr. E. Obejero

OFTALMOPLEGIA MIXTA

Por **Jaime Reynal O'Connor**

La importancia que desde algun tiempo revisten las parálisis oculares, ya por sí mismas, por las relaciones que puedan tener con otras afecciones ó que obren como causa de ellas, como demuestran los estudios de Doufur y de Mautner, nos llamó la atencion con motivo de este caso que tenemos el gusto de presentar al lector.

La parálisis de los músculos exteriores é interiores del ojo ha sido designada por Mautner, en sus «Estudios Oftalmológicos», con la denominacion de *completa*, abarcando con este término la extension de la parálisis, el número de los músculos atacados, la calidad y el grado de la misma; pero considerando que la que nos sirve de epígrafe ha sido ya aceptada por muchos autores, la preferimos en esta circunstancia á la otra, porque se presta más á la claridad.

El caso que nos ocupa es de *oftalmoplegia mixta unilateral incompleta*, es decir, parálisis de todos los músculos interiores y exteriores del ojo derecho, con excepcion en estos últimos, del elevador del párpado y de los dos oblicuos, observado en un individuo del Hospital Español que concurria al Consultorio Externo de las enfermedades de los ojos, garganta y nariz, á cargo del Dr. E. Obejero.

Interrogado por sus antecedentes hereditarios, temerosos de encontrarnos con un caso específico, no hallamos ni en éstos ni en los individuales, nada que pudiese acusar su causa, en este órden; pues los chancros que tuvo hace diez años y de cuyas resultas se le cayó un poco el pelo, no serían suficiente motivo para originar su parálisis actual desde que no viene acompañada por otros síntomas ó vestigios.

El individuo del caso en cuestion ocupa actualmente el Nº 10 de la sala 1ª. Llámase José Maria Ottegui, de nacionalidad español (vasco), de 45 años de edad, y es peon de saladero.

Presenta una conformacion regular de la cara; sus dos globos oculares ofrecen el mismo aspecto, no observándose ni saliencia ni desviacion de los mismos. No así el detalle de las demás

partes de su fisonomía, que demuestran los caracteres del alcoholista.

Segun sus propias confesiones era un libador cotidiano; tomaba la peor bebida, el ajenjo, y hasta ocho copas por dia, y viendo los malos efectos que le producia, como temblores generales, etc. dejó de tomar desde há tres años; pero continuaba siempre con *dos* ó *tres* todos los dias. En vista de esto, hemos creído que la parálisis no reconoce otra causa.

Como síntomas principales que le obligaron á ir al hospital, existió dolor en la region frontal derecha, que le pasaba á la misma del occipital desde hace siete meses y la hiperestesia retiniana, siendo tan excesiva, que los rayos aún débiles de luz le hacian sentir grandes dolores en direccion á la oreja derecha (region temporal en toda su extension).

Cuando miraba, sobre todo con el ojo derecho, veía los objetos dobles; con el izquierdo veía bien; pero actualmente con el derecho no ve y con el izquierdo *como si una nube* se interpusiese entre él y los objetos. A 50 centímetros no distingue tres dedos de dos que se le presenten alternativamente.

Los músculos exteriores están todos paralizados, con excepcion del elevador del párpado y de los dos oblicuos; así como todos los interiores incluso el músculo ciliar y el esfinter del íris. No hay ptosis ni lago-oftalmus; pero existe una hemiparesia facial derecha.

Los otros órganos de los sentidos han disminuido en su potencia, pero escasamente. No hay la agudeza normal de la audicion á distancia del oido derecho, que es su lado afectado, y el sentido del gusto no tiene la vivacidad característica para los ácidos.

El exámen de la orina fué hecho, por si se trataba de un diabético, primeramente por mí, con los medios más simples de que se puede echar mano; pero ni la potasa cáustica, ni el licor de Fehling nos dieron la reaccion. Para su análisis completo lo enviamos al Laboratorio de la Asistencia Pública, á cargo hoy del distinguido Dr. Mendez, cuyo resultado es el siguiente:

Color: amarillo claro.
Transparecia: límpida.
Reaccion: ácida.
Peso específico: 1015.
Urea por ‰: 13,50.

Albúmina: no hay.

Azúcar: id.

Mat. colorante, bilis: id.

Inmediatamente de su entrada al hospital se le sometió al tratamiento mercurial conjuntamente con yoduro de potasio é inyecciones de estricnina en la region temporal derecha. Aquél se le suspendió á los pocos dias en vista de que no daba resultado, continuándose con el yoduro y las inyecciones, y aunque el dolor y pesadez de dicha region han disminuido no podemos decir nada aun por ser como se sabe un tratamiento largo.

En resúmen, el caso cuya historia hacemos, es de localizacion cerebral y de causa intoxicacion alcohólica, á la que se ha añadido el alcaloide ó sustancias del «absinthe».

Buenos Aires, Junio de 1893.

Contribucion al estudio y tratamiento de las luxaciones completas del astrágalo

Por el Dr. Alberto Alberti

Médico del Hospital San Felipe, en San Nicolás de los Arroyos (Provincia de Buenos Aires)

Memoria laureada en el Concurso Sud-Americano de Medicina celebrado en Buenos Aires por el Círculo Médico Argentino en 1893

SUMARIO.—Opinion de los autores sobre el pronóstico y tratamiento de las luxaciones completas del astrágalo.—Razon del presente estudio.—Mecanismo artificial para producir una luxacion completa del astrágalo.—Fisiopatología de esta luxacion.—Variedades de la misma.—Necesidad de un exacto diagnóstico.—Procederes operatorios de reduccion.—Reducciones espontáneas.—Causas que impiden la reduccion.—Necesidad de conseguir una separacion mayor en las superficies articulares.—Manera de precisar el diagnóstico y de conseguir el mayor distanciamiento de las partes.—Casos prácticos.—Conclusion.

Los autores que se han ocupado especialmente de la luxacion completa del estrágalo, antiguos y modernos, están contestes en considerarla muy grave, sea por la dificultad de la reduccion, sea por las fatales consecuencias que pueden sobrevenir cuando las

maniobras no han podido reponer el hueso en su lugar; y casi la misma uniformidad reina también en el tratamiento de dicha lesion.

Loreta dice: « El pronóstico de estas luxaciones debe ser reservado á la posibilidad de conseguir la reduccion cuando se encuentran simples y recientes, y más todavia, cuando sean complicadas por laceracion de la piel ó fractura del astrágalo. »

«El pronóstico debe reservarse tambien por causa de las escaras que consecutivamente pueden formarse en la piel que cubre las proeminencias del hueso durante el estado de luxacion. Esta gangrena, resultante de la compresion ejecutada de adentro afuera, comprende ordinariamente las partes blandas en todo su espesor, de manera que despues de la caída de las escaras, los huesos se encuentran denudados y abierta la articulacion. »

Agrega que se debe tentar la reduccion en los casos simples y fracasando ésta y máxime si existen laceraciones extensas de la piel, con descubrimiento del hueso ó fractura, extraer inmediatamente el astrágalo, el cual constituyéndose en cuerpo irritante, empeora con su presencia las condiciones anatómicas de la articulacion luxada.

Tillaux aconseja en el caso de solucion de continuidad, extraer el hueso. Si no existe herida, el caso está sujeto á discusion. «Es cierto que algunos luxados han podido conservar un astrágalo no reducido, pero frecuentemente produce tal dolor en los movimientos, que reclama más tarde la ablacion. »

«Por otra parte, el astrágalo no reducido, determina casi siempre escaras en la piel, en los dias siguientes al traumatismo y la ablacion se impone. ¿Qué ventaja hay, entonces, en esperar una extirpacion secundaria?»

«En la época de Malgaigne, se podia discutir si una amputacion de la pierna era preferible á una extirpacion del astrágalo; era permitido esperar los acontecimientos, pero hoy es preferible á la espectacion, extraer inmediatamente un astrágalo luxado, no solamente cuando su nutricion está amenazada, sino cuando manipulaciones suficientemente prolongadas, no han producido la luxacion, aunque el porvenir que espera al paciente despues de la ablacion del astrágalo no sea muy favorable, pues la cavidad resultante se rellena con dificultad, se deforma el pié y queda el sujeto imposibilitado para la marcha y, por consecuencia, afecado de una enfermedad sin remedio y por la cual se indica y reclama la amputacion.»

Más ó menos en los mismos términos se expresan Monteggia, Fano, Poulet y Bousquet, Jamain y Terrier, Follin, Erichseu, Koenig, Volkmann, Andrews, etc.

Nos ha tocado la suerte de tratar en estos últimos años varios casos de esta luxacion, y como el método empleado en reducirlas, á nuestro juicio, no ha sido todavia ejecutado por otros y el resultado, por demás halagüeño, conseguido, inesperado, creemos oportuno referir brevemente ese propósito.

Para estudiar mejor esta luxacion, hemos procurado en varias ocasiones, de producirla en el cadáver, y aunque con dificultad y no siempre, pudimos con el método de Loreta, luxar el astrágalo completamente, perdiendo totalmente este hueso en relaciones con todos los huesos con los cuales se articula. La luxacion se pudo producir extendiendo y ejecutando la rotacion con mucha fuerza alternativamente de la pierna sobre el pié estrechado por un torno, imprimiendo fuertes sacudidas á la pierna misma. No siempre experimentábamos del mismo modo, pues algunas veces estrechábamos con la prensa la estremidad del pié (metatarsiano) consiguiendo lo que buscábamos, y otras veces la parte del calcáneo, siendo mas difícil conseguirlo de este modo, pues casi siempre sucedia la luxacion tibio-tarsiana.

El mecanismo artificial empleado, mutatis, mutandis, es conforme á la interpretacion comunmente dada al modo de obrar de las causas determinantes de esa luxacion. El mecanismo admitido por los patólogos, resulta compuesto de la extension del pié forzado en manera de tenderse y lacerarse el ligamento astrágalo escafoideo, saliendo por ésta la cabeza del astrágalo en la parte anterior del pié; continuando la extension, la tibia comprime la parte posterior del astrágalo mismo, de modo que sucede la propulsion en adelante de este hueso, con laceraciones de los ligamentos calcáneos-astragalinos y particularmente del interóseo, del capsular y laterales de la articulacion tibio-astragalina.

Por el movimiento exagerado de extension, ejecutado por el pié sobre la pierna, se rompen todos los ligamentos que reunen el astrágalo á los huesos cercanos: la tibia y el calcáneo se alejan anteriormente, mientras se acercan posteriormente; de modo que

ponen de palanca el astrágalo y lo echan adelante por la abertura que forman el calcáneo y la tibia alejados, siguiendo una línea resultante de las dos fuerzas propulsoras compuestas.

La salida que sufre el astrágalo de este modo, puede asemejarse al movimiento impreso al caroso de una guinda, comprimido parcialmente entre los dedos pulgar é índice. (Loreta, Tillaux, Valette, Duplay.)

Y efectivamente, el caso único de Hammersley, citado por Follin, demuestra claramente la posibilidad de la enucleacion completa del astrágalo, que separado de todos los medios de union es echado fuera de su mortaja y encontrado en el suelo.

Sin duda que todo mecanismo traumático traductor de la luxacion completa del astrágalo debe ser muy complicado y violento para lacerar ligamentos tan fuertes y para remover el hueso de todas sus articulaciones.

La complicacion de tal mecanismo traumático no es tan fácil de imaginarse, y solo puede hacerse una pálida idea pensando en el modo de producirse los casos referidos por los autores.

En la mayor parte hubo de por medio un salto, ó para bajar de un caballo que se habia disparado, ó de un carro, ó de una altura, pero en todas partes un salto más ó menos desconocido, es decir, que el paciente no tenia conciencia de la distancia que debia recorrer.

Ahora bien, el salto en el hombre, se cumple poniendo antes en estado de flexion las tres articulaciones del muslo, rodilla y pié, é inclinando el cuerpo con fuerte y simultánea extension de todas, imprime el movimiento de proyeccion al cuerpo entero segun la resultante y segun la direccion por las fuerzas motoras de las articulaciones que se distienden. Es bastante lógico suponer que llegando el pié al suelo, cuando tal cosa no se piensa, los músculos no están preparados á reparar el golpe, y menos si la caída es lateral, la resultante de las fuerzas contrarias (peso del cuerpo y fuerza de abajo arriba) se hará camino fácilmente por donde habrá menor resistencia. (1)

---

(1) De manera que si frecuentemente la contraccion de los músculos es un obstáculo á la produccion de las luxaciones, sucede otras veces que la accion de los mismos, poniendo las superficies articulares en condiciones determinadas, facilita la salida de los huesos y agrega su accion á la de las traumas (P. Sue, Boyer, etc.) aunque otros autores hayan negado la posibilidad de este lógico mecanismo (Sedillot, Terrillon).

No cabe duda, sin embargo, que traumas y contracciones musculares, se juntan para producir la luxacion de las superficies articulares, contribuyendo

Por este modo el astrágalo viene echado contemporáneamente de la mortaja tibio-peroniana y de la concavidad calcaneo-escafoidea y va á colocarse sobre la parte anterior del tarso ó hácia uno de sus bordes adonde se encuentra cubierto por la piel y por los tendones estensores, si estas partes permanecen intactas.

De ahí que la posicion que puede tomar el astrágalo varíe segun los casos. Algunas veces anterior, otras inclinado sobre sus bordes interno ó externo (variedades laterales); alguna vez está situado transversalmente y se dan casos en que se encuentra completamente dado vuelta (luxacion por rotacion), muy raras veces se coloca posteriormente entre la tibia y el tendon de Aquiles. (Caso de Parise referido por Malgaigne, sucedido por flexion forzada del pié sobre la pierna.)

En la variedad anterior, los huesos de la pierna están en un plano posterior al astrágalo, y por esto el eje longitudinal de la tibia cae sobre el calcáneo en contacto del cual se coloca la superficie articular tibio-peroniana. Cuando el astrágalo se luxa al mismo tiempo de adelante y de un lado, el pié se encuentra torcido adentro ó afuera y contemporáneamente aducido ó abducido, segun la luxacion es externa ó interna, es decir, segun el astrágalo está bajo la piel del dorso del pié, hácia el lado externo ó interno.

La variedad de luxacion dicha por rotacion, sucede por el predominio del movimiento rotatorio interior del pié durante el mecanismo traumático. En este caso queda siempre entre la tibia y el calcáneo, siendo de diferentes grados las variedades de esta luxacion, todavia muy mal conocidas, diciéndose completa aquella en la cual la cara superior del astrálago está hácia abajo y la interna afuera. En las variedades incompletas, la cabeza del hueso se coloca hácia adentro ó hácia afuera, mientras una de las caras laterales está en alto y la otra en bajo. Propiedad característica de estas luxaciones, es la falta de laceracion de la piel y de fracturas, complicaciones que muchísimas veces acompañan las otras variedades de luxacion del astrágalo. Además, todos los

---

muchísimo estas últimas para modificar la luxacion primitiva en la consecutiva (Desault y Boyer) que por esto cambia de variedad, pues la extremidad articular se traslada á un punto diferente del que ocupaba antes. Tambien Volkmann defiende esta accion de los músculos, y Hamilton dice que con frecuencia se combina á otras causas para modificar la luxacion, es decir, que con las maniobras de la reduccion, con el peso del miembro, etc. la luxacion puede cambiar de especie, lo que en nuestra opinion debe suceder con frecuencia en las luxaciones completas del astrágalo.

autores, Loreta, Follin, etc., están contestes en la dificultad para determinar las morbosas relaciones en las cuales el astrágalo se encuentra, y de ahí el peligro de consecuencias morbosas, tan graves, que pueden indicar hasta la amputacion de la pierna.

Por esto es bien lógica la consecuencia que para reducir la luxacion del ástragalo, cualquiera que sea, se debe, antes de todo, establecer exactamente la posicion del hueso para poder maniobrar sobre él de una manera conducente.

Todos los autores creen prudente (á excepcion de Nélaton), (1) esforzarse en reducir toda luxacion, cualquiera que sea su variedad.

Se hace colocar al enfermo en posicion supina, con la pierna del lado ofendido doblada sobre el muslo para hacer rebajar los músculos de la pantorrilla. Uno ó dos asistentes ejercen la contra extension en la parte inferior de la pierna, mientras otros ejercen la extension sobre la parte anterior del pié. El cirujano con los dedos comprime la cabeza del astrágalo en la direccion opuesta á la que ocupa y procura operar la reduccion.

Andrews sugiere que si esto no dá bastante fuerza, se aumente con un medio mecánico, reductor de Yarvis, ó el aparato de poleas, y cuando no bastan se comuniquen movimientos de vaiven al pié, mientras se tiene en extension para facilitar los que hace el cirujano para volver el hueso á su posicion normal.

Hamilton, aconseja, si es posible, transformar las luxaciones oblícuas (?) en cualquiera de las otras en las que es mas fácil hacer la reduccion.—En las laterales, Andrews propone tambien invertir el pié al lado opuesto al en que está el hueso dislocado, que así, segun él, entra más fácilmente.

Pero, segun las estadísticas referidas, este método no dá resultado las más de las veces. Solo en ocasiones y tal vez cuando el astrágalo no ha salido completamente del arco formado por los

---

(1) Andrews, en la «Enciclopedia de Aschurest», V, refiere las estadísticas pertinentes y dice: «De 78 casos de luxacion completa sin herida, Broca refiere 19 reducciones; Dubrueil. de 12 casos idem, posteriores à Broca, cuenta cinco reducciones (1864); Poinsot y Hamilton, reunieron despues 31 casos de luxacion doble sin herida en los que se ensayó la reduccion, habiéndose obtenido solo 19 veces. Reuniendo las tres estadísticas se llega á 121 casos de los cuales 43 se redujeron, lo que dá 35,05 por ciento.

En caso de herida prefiere la espectacion á toda intervencion manual y considera muy difícil, si no imposible, la reduccion en los casos con heridas extensas en las partes blandas. Segun Broca, la reduccion intentada 63 veces, en casos análogos fracasó 54 veces.

huesos de la pierna y del calcáneo y ha quedado una parte de él entre sus superficies articulares, (Erichsen, Koenich) se reduce fácilmente.

Casos semejantes por circunstancias raras, se componen espontáneamente, como en el que me ocurrió y que es el siguiente:

Caso I.—Meses hace el Sr. N. N., joven de 24 años, de buena constitucion, mientras paseaba sobre una barranca del rio, perdió pié y cayó de una altura de tres metros sobre la dura tosca, golpeando con la parte externa de la planta del pié izquierdo, produciéndosele una luxacion del astrágalo completa, en grado mediano. Fué sometido al momento á las maniobras de reduccion, pero infructuosamente. Lo veo tres horas despues: tenia el pié torcido adentro en posicion forzada de extension, proeminencia debajo de la piel en la parte lateral externa, no muy grande. Me apronto para hacer la reduccion, los ayudantes esperaban la hora para hacer la extension y contra-extension y yo abrazaba la parte ofendida con la mano, cuando el paciente, ya muy impresionado, pierde la conciencia, su cuerpo entra en convulsion tetánica, los músculos se contraen fuertes y yo siento bajo mi man entrar de nuevo y con fuerza y ruido el astrágalo en su puesto y el pié vuelve á su posicion normal.

Casos semejantes, pero de otras articulaciones, reducidas por circunstancias felices que reemplazan el socorro de la ciencia (Novaro), sea por medio de algun casual movimiento, actitud del miembro ó accion de algun músculo, narran muchos autores, entre otros Palleta, Monteggia, Leveillé.

Pero son casos raros y no siempre sucede así. El espasmo muscular, por la contraccion refleja debida al dolor, es una causa de irreductibilidad, de la cual, en nuestro mismo caso, nos dimos razon, por la anestesia espontánea sobrevenida como en otros por los anestésicos.

La contraccion parcial de los músculos de la pierna que van á insertarse al pié, venia á restringir más la abertura calcáneo-tibial, dando lugar á un ojal estrecho de la misma cápsula articular, tal vez poco lacerada que se oponia por sí misma á la reduccion de la luxacion.

Por otra parte, el hueso salido que hacía presion de atrás para adelante, sobre los tendones y partes blandas todas, debía disminuir más tal abertura. Y que la estrechez de la abertura deba ser obstáculo fuerte á la entrada del hueso, se deduce del caso claro antedicho, pues, fuertes maniobras para la reduccion, queda

ron inútiles y solo entrando en combinacion fuerzas especiales complejas, merced á la catalepsis y anestesia sucedidas, se redujo el hueso que por su volúmen, comparable al de una nuez, debia haber salido solo con su cabeza.

Si en el cadáver es fácil determinar las relaciones del hueso salido, merced al método experimental descrito anteriormente, no siempre es fácil la reduccion. La estrechez del ojal capsular del ligamento astrágalo-escafoideo, pedazos de ligamentos que se ponen entre los huesos (Petit, Desault. Boyer) el surco que separa las dos superficies articulares del calcáneo y dentro del cual se debe encajar el pico posterior del astrágalo (Nélaton, Richet, Loreta, Roux), y tambien muchos otros relieves angulosos como en el que se prolonga inferiormente la superficie externa del astrálago, ó tambien la pequeña apofísis del calcáneo (Richet), son otros tantos obstáculos que se agregan en el vivo á la estrechez mayor del camino, é imposibilitan la reduccion de un hueso que tiene notables diferencias de espesor en sus varias partes.

En el mismo cadáver, una extension y contra-extension regulares, muchas veces no dá resultado.

Delante de tales obstáculos, era lógico que dejáramos de lado el método empírico ya usado y perjudicial en muchos casos simples y buscáramos experimentalmente un método que diera un resultado certero llenando las indicaciones que reclama una luxacion del astrágalo, es decir, que á más de establecer exactamente la posicion de este hueso, como ya hemos dicho, conviene conseguir un grado suficiente de separacion de las superficies articulares para permitir que el astrágalo pueda ser dirigido hácia atrás hasta su cavidad articular.

Cortando la piel y partes blandas, respetando tendones, vasos y nervios, sobre la proeminencia hecha por el astrágalo, debridando las márgenes capsulares y obstáculos posibles del caso especial y haciendo la tenotomia del tendon de Aquiles, se consigue un diagnóstico exacto, y un distanciamiento suficiente de las partes con una regular extension y contra-extension, (más de medio centímetro, siendo mucho más en el cadáver).

Los métodos antisépticos por otra parte, nos autorizaban á usar, seguros, lo que hace quince años habria sido un crímen ejecutar: la abertura de la articulacion.

Caso II.—Bartolo Cresta, de 50 años, de buena constitucion, chacarero, nunca enfermo; el 7 de Julio ppdo., insuficiente para refrenar dos caballos atados á un carro cargado de pasto, que se habian disparado, saltó al suelo para sustraerse del peligro del cual estaba amenazado. Se echó de lado y dió violentamente con la planta del pié derecho contra el terreno duro; (1) cayó, hizo por levantarse y no resistiendo el pié no se movió por mas de media hora, hasta que atendido por vecinos, fué traído á la ciudad en la tarde del mismo dia.

Dos médicos lo vieron: hacen el diagnóstico de luxacion completa lateral externa del astrágalo, y procuran con manipulaciones la reduccion repetidas veces, anestesiando al enfermo, pero infructuosamente.

Al dia siguiente, los parientes lo trasladan al Hospital San Felipe, adonde lo vimos la noche del 8, resolviendo operarlo con el método que hemos descrito; al otro dia, fué asistido por los doctores del establecimiento y por los colegas que tuvieron la cortesía de atender nuestra invitacion.

El paciente presentaba el pie y la pierna bastante hinchados; el pié vuelto con su planta dentro, de manera á poderse ver el borde interno superiormente y el externo inferiormente. La region del tarso hinchada, dolorida y deformada, haciendo proeminencia adelante del maleolo externo, donde se veían dos manchas oscuras de uno á dos centímetros de diámetro y que no existian el dia anterior; sin ninguna lesion de continuidad, ningun movimiento posible.

Cloroformado el enfermo, preparado el campo operatorio con prolijidad antiséptica, colocada la venda de Esmarch, se empieza con la tenotomía del tendon de Aquiles y en seguida se incindieron los comunes tegumentos proeminentes, haciendo una seccion casi desde un meleolo al otro (alrededor de 13 cts.); apareció el astrágalo con la cabeza casi en la línea mediana siendo mas lateral externo su cuerpo. Se cortaron las partes blandas, conservando los tendones, desviados de su situacion normal por los cambios de relacion con el hueso, se hizo la ligadura de la pédia casualmente cortada, se debrida abundantemente y parte, se saca el tejido celular haciendo de fuerte infiltracion sanguínea y se corta la parte capsular y ligamentosa que abarcaban la entrada á la cavidad.

---

(1) Los casos de luxacion del astrágalo que he podido observar, sucedieron en la estacion fría.

Hecha por los colegas una extension y contra-extension moderada mientras comprimia de manera compleja directamente con el pulgar la cabeza del astrágalo, el hueso entra con prontitud y facilidad tan notables, que llamó la atencion de todos y el pié vuelve á su posicion normal. Se sutura profundamente con tres puntos y se reune la piel con diez despues de haber recortado los puntos que empezaban á mortificarse, sea por las maniobras del dia anterior, sea por la presion del hueso mismo de adentro afuera,

Rigorosa medicacion antiséptica, aparato especial, inamovible.

No tiene sucesion de fiebre.

Al octavo dia, se suspende la medicacion.

Primera intencion, poca supuracion en el lado maleolar externo.

A los dos meses, deja el hospital despues de haber tenido la influenza, epidémica en aquel tiempo. Camina con baston.

A los cinco meses vuelve á visitarme; camina bien, ejecuta los movimientos de flexion y extension, quedándole un poco duros los de abduccion, aduccion y rotacion.

La circunferencia en la garganta del pié enfermo igual á la del otro (28 cts.)

Aconsejamos el calor animal, un ejercicio moderado, y ahora nos consta que sigue bien, atendiendo á las faenas del campo.

Alguno de mis colegas estaba en la duda que el estrágalo salido de su mortaja por tres dias, tal vez privado de relaciones nervio-vasculares, por la misma compresion, constituyendo un cuerpo irritante, aún reducido, quedase sin vigor y necrosándose, pudiese traer consecutivamente otras complicaciones, empeorando más con su presencia la articulacion.

No sucedió así, y nosotros esperábamos tal cosa, porque en el caso que voy á narrar y en peores condiciones, el hueso continuó su vida evolutiva.

Caso III.—En Mayo de 1885, O. P. caído malamente de una parva de pasto, se luxó completamente el astrágalo del pié izquierdo en la parte anterior interna. A los dos dias de haber caído lo trajeron al Hospital San Felipe y en correspondencia del maléolo interno proeminente, se veía una mancha negra con una pequeña herida lácera-tegumentaria, estando la region del tarso hinchada muy deforme y dolorosísima, tanto que no permitia no solo las maniobras de reposicion, á las cuales, estimadísimos colegas habian ya sujetado al paciente infructuosamente, sinó las dili-

gencias necesarias para establecer un diagnóstico con toda exactitud. Por el momento nos limitamos á colocar el pié en la mejor posicion para no agravar más los fenómenos inflamatorios, y al dia siguiente sugetamos al enfermo al mismo proceso operatorio ya descrito con la tenotomia y amplia abertura de la parte proeminente.

El astrágalo estaba en parte fracturado oblicuamente (la cabeza se movia, ó se sentia mover algo, bajo la presion del dedo), en parte conjunto con los ligamentos, especialmente en la parte externa, estando la cabeza y parte anterior del cuerpo, adelante y adentro del escafoides. Con una fuerte extension y contra-extension y compresion apropíada, se redujo el astrágalo, se recortaron lo más ámpliamente que fué posible los bordes gangrenados, se suturó tan profunda cuanto superficialmente la herida, haciéndose una medicacion antiséptica.

La fiebre, que ya existia antes de la operacion, continuó por unos dias, llegando la temperatura á elevarse hasta 39 grados (tercer dia) y la dolencia continuó tambien por bastante tiempo.

Se cambia la medicacion al séptimo dia: la parte exterior, cicatriza por primera intencion; la interior, supura y continúa así por casi un mes. El enfermo sale á los dos meses y medio, pudiendo caminar con muleta, y siendo todavia limitados los movimientos del pié.

Al año lo he vuelto á ver claudicando un poco y ya atendia á sus quehaceres (agricultor) quedándole muy limitada la abduccion y más todavia la aduccion. El pié sin deformidad y sin diferencias notables con el pié sano.

Resultados mejores no se pueden desear y es superfluo enumerar las ventajas, cuando se piensa la opinion de los autores todos que en el caso más feliz de extraccion del astrágalo, queda una pierna mas corta, un pié anquilosado, casi siempre insuficiente y sitio de dolores y complicaciones por las menores causas, como en el caso siguiente.

Caso IV.—Hace tres años el albañil P. T. se dejaba caer de un caballo desbocado para evitar un peligro.

Quedó luxado completamente el astrágalo del pié derecho, adelante y afuera, sin solucion de continuidad. Inútiles las maniobras para la reposicion; se traslada á la capital donde tenia su familia. Allí entra en un hospital donde fué tratado con el mé-

todo espectante, hasta que las circunstancias reclamaron la extraccion del hueso.

A los siete meses salió de ese hospital con un amplio seno fistuloso en el pié ladeado internamente: quedó inutilizado por muchos meses más y finalmente tiene que cambiar de oficio (peluquero) y sufrir fuertes dolores por los cambios de tiempo y por cualquiera marcha un poco prolongada, quedándole siempre un pié deforme.

Tal vez una amplia abertura habria dado tambien en este caso un resultado optimo; el diagnóstico *de visu* del hueso luxado es la mejor ventaja que se consigue con este método, pues de ahí resulta la facilidad de poder maniobrar eficazmente.

Seria importante conocer experimentalmente, por cuánto tiempo puede permanecer en casos análogos el hueso fuera de su sitio, para tener menores dudas cuando se presentan los enfermos despues de algunos dias de baber sufrido el traumatismo.

No hay duda que en muchos casos este método ha de prestar muchos beneficios, y por lo menos habrá que recurrir á él antes que llegar á los extremos de extirpar el hueso ó amputar la pierna.

Las ventajas conseguidas por nosotros, quizá sirvan de estímulo á la cirugía conservadora, tambien en luxaciones irreductibles de otras articulaciones.

Si Márgary, de Torino, y otros, en un caso de luxacion congénita de la cadera, modelaron por medio del escoplo la cavidad y la extremidad articular, es lógico suponer que interviniendo cuando el proceso reparador no haya todavia determinado en la articulacion y sus alrededores transformaciones sérias (formacion de articulacion nueva y desaparicion de la antigua), modificándose y amoldándose las partes á las nuevas circunstancias con formacion de tejido fibroide ó cicatricial, engrosamiento de las partes vecinas, contrayendo adherencias con los colgajos de la cápsula ó de los ligamentos rotos, sufriendo desviaciones los vasos y nervios y atrofiándose los músculos, deformándose cada vez más la parte luxada, así como persiste y adelanta la incomodidad en los movimientos, es de suponer, repito, que con un *modus agendi* conforme al caso especial, se pueda, interviniendo á tiempo, reponer el hueso en su puesto y conseguir, sino una *reconstitutio ad integrum*, una mejora notable.

San Nicolás de los Arroyos, 1893.

BIBLIOGRAFIA

1.—Andrews, Enciclopedia Internacional de Cirugía de Aschurts, tomo V, Madrid, 1886.
2.—Dubrueill, Des indications que presentent les luxations de l'astragale.
3.—Erichsen.—La ciencia y el arte de la cirugía, tomo II. Madrid, 1885.
4.—Follin et Duplay.—Traité elem. de path. ext., tomo III. Paris, 1878.
5.—Fano.—Traité elementaire de chirurgie, Paris, 1869.
6.—Koening.—Patología y clínica quirúrgica, tomo III. Madrid, 1890.
7.—Jamain, T. Terrier.—Pathologie et clinique chirurgique, Paris 1877.
8.—Pietro Loreta.—Conferenze di chirurgia práctica su lle luxazione traumatiche, Bologne, 1874.
9.—Malgaigne.—Traité des fractures et des luxacions, II, Paris 1854.
10.—G B. Mantegga.—Instituzione chirurgiche, vol. V, Pavia, 1826.
11.—Nélaton.—Elem. de path. chir. Paris, 1848.
12.—Novaro.—Patología quirúrgica general, I. Paris, 1878.
13.—Poulet et Bousquet.—Patología externa, III. Paris, 1885.
14.—Sedillot.—Contrib. á la chirur. Paris, 1868.
15.—Tillaux.—Traité des chirur. clinique, II. Paris, 1889.
16.—Volkmann.—Verreukaungen der gelcuke in Handba d'allg in spes. chir. V. Pitha u Billroth., Ib. Eslanguen, 1865.
17.—Richet,—Traité pract. de anat. med. chir.. Paris, 1879.

EL EMBALSAMAMIENTO MODERNO

Por el **Dr. Avelino Gutierrez**

Jefe de los trabajos prácticos de anatomia

Hace apenas veinte años escribia Suquet: «Reina actualmente gran confusion en la práctica de los embalsamamientos: los métodos modernos no han dado todos los resultados que prometian... Esto proviene de la obscuridad que envuelve todavia el tema »

Al pié de este párrafo, que marca la incertidumbre en el método y la inseguridad en el éxito, pueden escribirse estas ó parecidas lineas: los actuales procedimientos de embalsamamiento han salido de la via empírica y obscura de otro tiempo para entrar en una via más científica, y los resultados que hoy se obtienen dejan poco que desear.

El origen del embalsamamiento se remonta á los primeros

tiempos de la Historia: lo practicaban los Egipcios hace siete mil años y entre ellos llegó á tomar grandes proporciones, porque se lo hacia en virtud de creencias religiosas. Estaba relacionado con el dogma de la inmortalidad: mientras el cuerpo conservase su forma organizada, el alma no podria abandonarlo y viviria eternamente con él.

Sus métodos, aunque muy imperfectos en la técnica, han dejado á la posteridad multitud de momias en perfecto estado de conservacion; pero resultados tan buenos eran debidos en parte, á la naturaleza del suelo, á las condiciones del clima y á la colocacion que daban á los cuerpos enbalsamados. Los pueblos que heredaron del Egipto su civilizacion, los Hebreos, los Griegos y los Romanos, practicaban solo el embalsamamiento temporario y con poca frecuencia.

En la edad media se hicieron escasos ensayos, y en todos se procedia sin método, eligiendo las sustancias conservadoras al azar y sin criterio, como parecia cuadrar á las necesidades del momento ó á las vistas teóricas del embalsamador.

En el siglo diez y nueve, Chaussier, profesor de anatomía en París, reconoció las propiedades antipútridas del bicloruro de hidrargirio y concibió la idea de aplicarlo á la conservacion de las sustancias organizadas: produjo este descubrimiento gran resonancia entre los anatomistas y aficionados, y pronto entró de lleno en el arte del embalsamamiento, al que hizo efectuar algun progreso, pero el procedimiento técnico entonces en uso era tan rudimentario, que difícilmente podia sacarse provecho de un antiséptico tan poderoso. Se reducia á verdaderas mutilaciones en todo el cuerpo, vaciamientos de las cavidades craneana y toraco abdominal y extensas y profundas incisiones en el tronco y en los miembros en que introducian las sustancias conservatrices, y despues se suturaban.

Con Franchina, de Nápoles, en 1835, empieza el embalsamamiento moderno: él fué quien tuvo primero la idea de inyectar las sustancias conservatrices por el sistema arterial en vez de aplicarlas exteriormente y rellenar con ellas las cavidades craneanas, pectoral y ventral y fué este un gran progreso sobre los anteriores procedimientos que quedaron de esta manera derrumbados para siempre, si á esto se agrega que tuvo acierto en la eleccion de las sustancias conservadoras (solucion de ácido arsenioso á saturacion) se comprende

el éxito en sus resultados. Á Franchina siguen en esta histotoria, Ganal y Suquet, aparte de otros de menor importancia.

Al primero puede considerársele como el vulgarizador de las inyecciones arteriales, que en sus primeros ensayos no hizo, sin embargo.

El segundo usaba un líquido de excelentes propiedades conservatrices, que aun hoy se emplea con buenos resultados; pero con todos estos adelantos el embalsamamiento no habia salido de su empirisimo y todos los aficionados y mas los charlatanes, andaban á la pesca de alguna sustancia que constituyera la base de su secreto.

Los estudios de Pasteur y Lister sobre la fermentacion y putrefaccion y el descubrimiento del método antiséptico dieron luz á este asunto: desde esa fecha el embalsamamiento descansa sobre una base racional y científica y el camino está trazado. Basta seguirlo.

Y así como hay un método antiséptico único para la curacion de las heridas, existe uno que llamaremos antripútrido para el embalsamamiento; es el primero, distintamente aplicado y con diferencias de grado, y la mejor prueba de su bondad es la unidad del mismo; cualquiera que haya de practicarlo ha de someterse forzosamente á sus principios.

Nadie, pues, puede decir honradamente que posee un método propio. Seguramente que en él entrará, como sustancia activa, una de las varias conocidas de la terapéutica antiséptica; por emplear un antiséptico en vez de otro, no puede decirse «mi método» aun cuando la sustancia fuera desconocida, en cuyo caso sería un agregado mas al lado del cual figurarian dignamente otras muchas en uso. Cualquiera nueva sustancia buena que se descubra vendrá á aumentar los ecursos del método, pero no á crear uno nuevo.

Despues de estos renglones, que juzgo necesarios para desvanecer el misterio que tiende á hacerse sobre esta operacion, paso á describir su técnica.

Desde luego no voy á ocuparme sino del embalsamamiento moderno, no teniendo los procedimientos antiguos mas que un interés puramente histórico.

Ganal embalsamaba inmergiendo el cadáver en una disolucion de sal nitro, sal comun y alumbre, á 15º del areómetro de Beaumé; posteriormente por indicaciones de los miembros

de un jury encargado de dictaminar sobre la bondad de su método en vez de la inmersion del cadáver en la disolucion conservadora hizo la inyeccion con dicha disolucion y obtuvo buenos resultados; modificó despues el líquido de tal manera que en nada se parecia al primitivo, entrando en su composicion como sustancia activa el ácido arsénico que habia tomado de Franchina de Nápoles.

Suquet empleaba, para embalsamar, una disolucion de cloruro de zinc, marcando 40º al areómetro de Beaumé; pero como el cloruro de zinc altera notablemente los caractéres del rostro, resolvió despues de numerosos ensayos é inducido por su idea errónea de la existencia de vasos derivativos en la cabeza y en los miembros, y de la independencia de las dos circulaciones extra é intra-craneanas, hacer una doble inyección y con sustancias distintas, para lo cual buscaba la corótida externa, la seccionaba y por el cabo periférico inyectaba sulfito de soda coloreado, destinado á embalsamar la parte externa de la cabeza, y por el cabo central de la misma cloruro de zinc para las partes profundas de la cabeza y el resto del cuerpo.

He colocado los procedimientos de Ganal y Suquet en el embalsamamiento moderno siguiendo la costumbre clásica aunque á mi juicio marcan la transicion entre el método empirico antiguo y el método científico verdaderamente moderno.

Al tratar de éste, dividiré su estudio en tres partes:

Iª, liquidos conservadores; 2ª, instrumentacion y 3ª, técnica operatoria.

LÍQUIDOS CONSERVADORES

En todo líquido conservador debe entrar como elemento principal una sustancia poderosamente antiséptica: bicloruro de hidrargirio, cloruro de zinc, ácido tímico, ácido fénico, arsenioso, etc; un vehículo que la mantenga en disolucion, glicerina, principalmente, alcohol ó agua y sustancias aromáticas accesorias. En un mismo líquido pueden estar asociados dos ó mas antisepticos.

He aqui ahora cómo se prepara uno de los mejores líquidos, el de Laskouski. Se vierte en un recipiente siete litros de glicerina neutra á 30º, se hace disolver en caliente 250 gramos de ácido fénico cristalizado y se lo vierte lentamente en la glicerina agitando el líquido; se disuelven igualmente 500 gra-

mos de cloruro de zinc en dos litros de alcohol absoluto al baño de maria, en seguida se vierte esta solucion en la glicerina fenicada agitando al mismo tiempo. De igual modo, en un litro de alcohol absoluto y en caliente se disuelven 250 gramos de bicloruro de hidrargirio y se agrega al liquido anterior.

Las partes de cloruro de zinc y bicloruro de hidrargirio que no se hayan disuelto en el alcohol absoluto, acabarán por disolverse en la glicerina.

Este liquido posee propiedades antipútridas maravillosas.

En Alemania está muy en boga el siguiente liquido de Wickersheimer: agua hirviendo 9000 gramos, alumbre 300, cloruro de sodio 75, nitrato potásico 36, carbonato potásico 180 ácido arsenioso 30. Se mezcla, se disuelve, se filtra en frio y se añade cuatro litros de glicerina pura y un litro de alcohol metilico.

Esta disolucion se emplea mucho en el anfiteatro de la Facultad, porque á sus excelentes propiedades conservadoras, agrega la de mantener el volúmen, la flexibilidad y el color de los órganos cuando las piezas están inmergidas en el líquido y conserva el volúmen y flexibilidad aunque están al aire libre, pero el color se altera haciéndose mas obscuro.

El profesor ruso Wywodzeff emplea la siguiente fórmula: agua destilada 1080, glicerina 1160, alcohol 45, timol 6; este líquido tiene propiedades antipútridas superiores al de Wickersheimer.

En definitiva, el vehiculo que ha de usarse, siempre que sea posible, es la glicerina porque en virtud de la gran afinidad que tiene para con el agua deshidrata los tejidos colocándolos en condiciones poco abonadas para la fermentacion; es un líquido fijo, que ni se volatiliza ni se congela, que establece cierto equilibrio con la humedad del aire, atrayéndola para los tejidos ó cediéndola, segun que estén secos ó húmedos; por esto mismo conserva el volúmen y flexibilidad de los órganos; ademas la glicerina disminuyendo la causticidad de las sustancias antisépticas, facilita su penetracion en los pequeños vasos.

El alcohol debe asociarse á la glicerina porque tambien deshidrata y es buen disolvente de los antisépticos; éstos no deben ser volátiles.

INSTRUMENTACION

Los instrumentos necesarios para practicar un embalsamamiento son: bisturís, pinzas de diseccion, sonda acanalada, pinzas de Pean, agujas de sutura, cordonetes de seda para ligaduras y aguja de Cooper para cargarla, irrigador con cánulas de varios calibres ó en su defecto jeringa de Higginson, una jeringuita de vidrio, esponjas y vendas de franela, para ciertos casos (aquellos en que hay que practicar inyecciones parciales), jeringa de inyeccion.

Como se vé, no hay necesidad de aparatos especiales, á pesar de que se hayan ideado algunos con ese objeto, como la bomba que Farabeuf emplea para embalsamar los cadáveres del anfiteatro, por ser más expeditiva que la comun, pero que no aventaja al irrigador; y la de Wywodgeff que es la reproduccion con pequeñas variantes del aspirador de Potain. Dicha jeringa tiene en la prolongacion del cuerpo de bomba un largo tubo aspirador con una válvula que se abre hácia la cavidad y lateralmente un tubo eyector al que se adapta un tubo de goma con la cánula correspondiente y en el origen del cual hay una válvula que se abre hácia afuera.

La ventaja de esta jeringa y de la bomba de Farabeuf sobre la ordinaria, es que con ellas se evita el movimiento de llaves y las cargas repetidas del aparato.

En resúmen: los instrumentos son los que se necesitan para una ligadura arterial, para inyeccion y para sutura de la piel.

TÉCNICA OPERATORIA

Cuando se es llamado á practicar un embalsamamiento, lo primero que debe hacerse es trasladarse á casa del difunto provisto de una parte del líquido conservador para lavar con él y una esponja la superficie cutánea; se empapan unas toallas en el mismo líquido y se envuelve con ellas el vientre, el tórax y aun el cuello para retrasar la putrefaccion comenzante. Se encarga á la familia obtenga el permiso necesario mientras el médico dispone todo lo conveniente.

No sé cuáles son las disposiciones legales que rigen en Buenos Aires sobre la materia, pues aunque me he encontrado en algunos embalsamamientos, como yo no era parte principal no he tenido que correr con nada de ello; por lo que he visto no

se exige la presencia de un delegado de policía ni la reserva de una parte del líquido de inyeccion en un frasco lacrado y sellado en presencia de la autoridad policial, para que sirva de prueba testimonial en el caso en que ocurriese una investigacion médico-legal, cuyo frasco debe ponerse en el ataud junto con el muerto.

Una vez conseguido el permiso y hechos todos los preparativos por parte del médico (provision del líquido y de los instrumentos), procede éste á hacer la operacion.

Busca en primer término la carótida primitiva, la incinde, liga el cabo periférico é introduce por el cabo central una cánula de calibre apropiado, la pone en comunicacion con el tubo de irrigador que contiene el líquido á inyectar, y que está elevado á la altura de un metro sobre el cadáver, y lo deja correr. La primera porcion entra rápidamente y á medida que el sistema vascular va llenándose, lo hace con más lentitud; el médico fricciona mientras tanto las partes superficiales con una esponja imbebida en el líquido conservador á fin de uniformar su distribucion por el sistema de los pequeños vasos; despues que han pasado unos tres litros se cierra el robinete para interrumpir la salida; se espera una hora; en este intervalo se fricciona con la esponja, y se vuelve á dar salida al líquido; pero esta segunda vez se aumenta la presion elevando el irrigador á mayor altura (dos metros). Cuando el líquido deja de pasar y se calcula que el sistema vascular está bien repleto y los tejidos infiltrados, lo que se conoce por la coloracion blanca uniforme que va tomando en todas partes la piel y por el abotagamiento de los órganos, se suspende la operacion echando una ligadura sobre el cabo inferior.

Los miembros inferiores no se inyectan bien generalmente, y es prudente por ello buscar las femorales, ligarlas, seccionarlas por debajo de las ligaduras é introducir por el cabo inferior las cánulas correspondientes; se las pone en comunicacion con el irrigador y se espera la penetracion del líquido. Terminada la operacion se ligan las arterias, se saca el robinete y se sutura.

Algunos aconsejan buscar al mismo tiempo que la carótida, la tráquea y el esófago, practicar una hendídura longitudinal sobre la primera é introducir un corcho en su cavidad sobre

el cual la ligan; ligan tambien el esófago; y su objeto es impedir que el líquido refluya por estos conductos.

En la generalidad de los casos esta práctica me parece innecesaria.

Para dar al ojo su forma, se le llena con parafina ó cera fundida y se procede del siguiente modo: se levanta el párpado superior, se practica una puncion por detrás del ecuador del globo, se aprieta el ojo y se vacía el vítreo; por el orificio hecho de antemano y con la jeringuita de vidrio se inyecta en la cavidad ocular la parafina fundida, se espera que se solidifique y se baja el párpado.

Laskowski inyecta el mismo líquido conservador.

Hasta ahora hemos hablado en el supuesto de que se trata de un caso ordinario, pero en la práctica puede no ser así.

Si el cuerpo á embalsamar es el de un niño, conviene disminuir la proporcion de los antisépticos para rebajar su causticidad, pues tratándose de vasos pequeños, el líquido muy cáustico los arrugaria, disminuiria su calibre y no penetraria.

Yo he podido inyectar á un niño de nueve meses con el líquido de Laskowski, menos parte de los miembros inferiores.

Si el cadáver á embalsamar tuviera el vientre abultado por los gases de la putrefaccion, convendria abrir la línea blanca, pinchar separadamente las asas intestinales para dar salida á los gases é inyectar líquido dentro del vientre, ó introducir algodon empapado en él; conviene asimismo para estos casos difíciles, inyectar líquido por la boca con una sonda esofágica.

Puede suceder que el cadáver esté autopsiado, y este es el caso que presenta mayores dificultades y el único tal vez que requiera la intervencion de un práctico más ejercitado, pues hay que hacer varias inyecciones parciales y varias ligaduras, pero el todo se facilita mucho con el auxilio de la pinza de Pean.

De los líquidos mencionados, indiscutiblemente el de Las kowski es el mejor; el de Wichersheimer está prohibido por contener ácido arsenioso, con lo que se podria ocultar un envenenamiento.

Despues de embalsamado el cadáver se lava nuevamente la superficie del cuerpo con una esponja mojada en el líquido antiséptico, y si ha de ser trasladado á países distantes pasando por zonas de altas temperaturas y variables, es nece-

sario vendar los miembros (menos las manos) y el tronco con vendas de franela empapadas en el líquido.

En los casos en que el cadáver no deba ser trasladado á otros puntos y no esté en putrefaccion incipiente, creo superfluo el vendaje del cuerpo.

En el ataud que debe contener el cuerpo embalsamado, se echa yeso recientemente calcinado para absorber la humedad que pueda haber en la atmósfera limitada que lo rodea.

Algunos emplean mirra en vez de yeso. No acepto el cambio.

El embalsamamiento puede se practicado por la generalidad de los médicos, y en esto opino contrariamente á los que han escrito sobre la materia, quienes creen que sólo personas muy entendidas y con conocimientos especiales pueden ejecutarlo bien.

Todos los médicos que hoy se reciben conocen perfectamente las propiedades antipútridas de ciertos antisépticos; á todos les es familiar el uso del irrigador y de la jeringa de Higginson, y casi todos tienen conocimiento de anatomía y medicina operatoria bastantes pará encontrar fácilmente arterias de grueso calibre como la carótida y la femoral.

Antes de terminar este artículo quiero hacer una declaracion: no contiene nada nuevo, no es más que un resúmen de lo que se encuentra disperso en varios libros, con un poco de experiencia personal, y no obstante, no carece de importancia, por cuanto trata de demostrar que está al alcance de casi todos los médicos con poco estudio.

Convengo en que se practica raras veces; á pesar de ello, debe conocerse siquiera sea para acallar el charlatanismo de los intrusos, personas ajenas al gremio médico.

Buenos Aires, Junio de 1893.

HOSPITAL RAWSON — Servicio del Dr. Inurrigarro

UN CASO CURIOSO DE ABCESO FARINGEO

Por **Juan Ferrari**

Interno del hospital

El caso que voy á describir, se presta á interpretaciones diversas. Indudablemente, un buen raciocinio dilucidará el punto con facilidad.

Por mi parte, me concretaré solamente á relatar el caso, dejando las apreciaciones á juicio del lector.

Francisco Carzala, italiano, soltero, de 30 años, de estatura regular y de constitucion fuerte, se ha ocupado hasta hoy en hacer ladrillos.

Antecedentes hereditarios é individuales, buenos. Entró el 9 de Abril del corriente año á ocupar la cama núm. 11 de la sala 1ª del Hospital Rawson

Al examinar el enfermo, nos encontramos con un hombre que es mudo y loco, indiferente á todo lo que le rode que tiene una cara bultuosa y congestiva, las pupilas muy di, latadas y que reaccionan poco á la luz, particularmente la derecha; conjuntivas inyectadas, pulso frecuente; no quiere abrir la boca y á la fuerza se le puede ver un poco la lengua que está cubierta por una capa espesa y blanquecina; el aliento sumamente fétido.

Al exámen de los miembros nos hallamos con que están ligeramente rígidos. Gran hiperestesia en toda la piel.

A estos síntomas podemos agregar que no hablaba espontáneamente ni contestaba á las preguntas que se le hacian.

Tratamiento: Calomel 0,05 centíg. cada hora: hielo á la cabeza.

Dia 10:—Arroja por la boca una gran cantidad de pus fétido y coincide con esto una mejoría bastante notable, pues empieza á tener más expresion su cara, responde aunque con pereza á las preguntas que se le hacen, desconfia de todos, toma actitudes de defensa y siempre trata de huir conforme se le aproximan, ya sea el médico ya los practicantes, hermanas, asistentes y enfermeros; pero toma más vivacidad en la mirada y en los movimientos.

En un descuido salta por la ventana y en ropas menores se fuga de la sala; lo traen nuevamente, lo acuestan y continúa en el mismo estado.

Mueve el vientre en la cama, no come ni bebe; á la fuerza toma el calomel; la boca continua cerrada y la mirada recelosa.

Se abre la boca; se le mete el dedo y este exámen nos revela un abceso faringeo que estaba situado en la pared lateral derecha, detrás del pilar posterior de la amigdala y que había pasado desapercibido por el empecinamiento del enfermo en no querer abrir la boca.

Tratamiento: — Inmediatamente se le hacen lavatorios

de la boca y faringe con agua boricada al 4 °/o hasta que el agua salió completamente límpia, lo que indicaba que el abceso se había vaciado completamente.

Con suma rapidez los fenómenos cerebrales se disipan y á los dos días el enfermo estaba curado.

Dice el enfermo que se daba cuenta de todo, pero que tenía algo interior que lo obligaba á practicar estos actos. En varias ocasiones trataba de hacer fuerza por no hacerlo, pero era inútil.

El enfermo sale de alta á los cuatro dias de su entrada al hospital, completamente restablecido.

Buenos Aires, Junio de 1893.

Memoria del Presidente del Círculo Médico Argentino

Doctor SAMUEL GACHE

(Asamblea anual del 29 de Junio de 1893)

Señores:

Cumplo mi último deber como Presidente; y os participo que el Círculo Médico Argentino está próspero y desenvuelve su accion benéfica de acuerdo con sus propósitos.

Los tiempos han sido difíciles; pero los resultados de las gestiones hechas en favor del adelanto de la Sociedad y por consiguiente en pro de los elevados fines científicos que persigue, son recompensa mas que suficiente para los que de buena fé buscan su engrandecimiento y desean el lustre de la medicina nacional.

La perseverancia y la voluntad inquebrantables, puestas al servicio de la asociacion, han concurrido al éxito de la empresa que tenia por objeto levantar su nivel y con él estimular la inteligencia, disciplinando las facultades y los medios de produccion.

Su existencia actual es robusta y le permite la esperanza de nuevas tentativas y de nuevos triunfos.

Así hay que esperarlo de la juventud entusiasta que compone la sociedad, y que, inspirada en los esfuerzos de los fundadores de la ciencia argentina, sabrá robustecer cada dia la influencia saludable de aquellos espíritus vigorosos, á los cuales somos deudores de nuestra más grande admiracion.

Veamos, entretanto, cuáles son los elementos de nuestros progresos.

El Circulo Médico cuenta hoy 385 sócios activos; 5 honorarios; 4 protectores y 41 corresponsales.

—En los dos años de que me ocupo, la Asamblea se ha reunido diez veces, y la Comision Directiva veinticinco, para considerar los diversos asuntos de su incumbencia.

—La Secretaría se encuentra al dia, y los libros respectivos son llevados correctamente.

—La Tesorería, la reparticion de mayor labor, es la que mayormente ha contribuido á normalizar la marcha social. Todas sus atenciones han sido prontamente realizadas, y debido á los esfuerzos y á la dedicacion del último Tesorero y del actual, podemos ofrecer balances satisfactorios, que revelan la marcha ordenada y séria que felizmente sigue. El movimiento de caja ha sido de $ m/n 25.617.63. La existencia actual es de $ m/n 832.49. (Véanse los cuadros y balances del final.)

La Asamblea vota semestralmente los fondos suficientes para llenar las necesidades del presupuesto; y es justo reconocer que todos contribuyen prudentemente á robustecer la accion de la Sociedad, no exigiendo gastos imposibles y conformando cada cual sus aspiraciones con lo que está en lo posible realizar.

Es así como se han tenido que suprimir algunos gastos que no eran de indispensable necesidad, y reforzar con nuevos fondos algunos servicios que están en el interés del mayor número conservar y fomentar.

En estos últimos debe estar especialmente la Biblioteca que es nuestra riqueza, y lo que constituye el más grande atractivo para los sócios.

El elevado premio del oro nos impide que ella progrese en la debida proporcion, y esta es la causa de que los esfuerzos que la Asociacion realiza en este sentido, no tengan el resultado que se busca.

El aumento experimentado por la Biblioteca en los dos últimos años ha sido: libros entrados por regalos, 298; comprados, 148; se han encuadernado, 386. En los comprados figuran 85 enviados por la casa G. Masson, de París, y que se encuentran hoy en la Aduana. De los regalos hechos, merece especial mencion el del Sr. Agustin Etchepareborda.

Las revistas y periódicos médicos extranjeros que se reciben en canje y por compra son, 168.

La seccion argentina que contaba 409 obras en Junio de 1892 ha adquirido valiosos elementos, y cada dia crecerá su importancia.

Sabéis que una comision especial, creada por un proyecto del Sr. Tatti, se ocupó en 1892 de adquirir en Europa libros para los sócios. Esta comision, cumpliendo su deber, hizo pedidos á Masson, Berthier y otros libreros y editores de París, por valor de $ 2.013,07 centavos por cuenta de particulares, y de $ 509,56 por cuenta de la Sociedad; correspondiendo á esta última suma los libros á que me he referido y que se encuentran prontos para el despacho.

Todos los encargos han sido bien satisfechos, tanto por la comision ad-hoc, como por los libreros, prestando así el Círculo Médico un señalado servicio á los interesados, por cuanto éstos obtenian sus libros á un precio muy inferior al que aquí se venden. Pero, el sistema, muy cómodo y ventajoso para los asociados, no lo era para la Comision ni para el Presidente; y á fin de evitar trastornos que fácilmente podrian sobrevenir, la C. D. estudia en este momento un nuevo proyecto y una propuesta del Sr. A. Etchepareborda, tendente á facilitar á los miembros de la Asociacion y á ésta, todos los libros necesarios, en condiciones casi iguales á las de los libreros de París. Espero que este procedimiento se realizará en breve, y entonces, contando con las facilidades y la conocida generosidad del Sr. Etchepareborda, podremos obtener libros casi al precio de costo. Otro tanto sucederá con los instrumentos de cirujía.

Pronto empezarán á llegar nuevas y valiosas obras para la Biblioteca, que hemos encargado haciendo uso de un crédito de 500 francos, abierto por Masson.

Hemos pedido tambien al Ministerio de Instruccion Pública se sirva hacernos entregar un ejemplar de los libros científico que se encuentran repetidos en el depósito nacional.

—Los Anales han seguido la misma marcha próspera de la Sociedad. La suscricion aumenta, y con las entradas que ella y los avisos producen, se costea una buena parte de la publicacion. Su tiraje es de 800 ejemplares. Varias casas de Europa se han dirigido al Director pidiendo la insercion de avisos prévio pago.

—Los consultorios médicos son los únicos que no participan del progreso general de la Sociedad.

Ellos, que en 1883 fueron visitados por 3431 enfermos; y en 1884 por 5531, motivando 13.028 y 27.957 consultas, respectivamente, han detenido en parte su marcha, y esto tiene su explicacion.

En los años á que me he referido, y hasta algunos de los siguientes, los consultorios gratuitos establecidos en Buenos Aires eran muy pocos, y por esto afluia á los del Círculo Médico tan grande número de enfermos. Hoy, las cosas han cambiado. En los hospitales, en la Asistencia Pública y en muchas asociaciones de caridad, se dán consultas gratis, lo que ha hecho desviar hácia ellos la concurrencia que antes acudia á los nuestros.

El Círculo Médico, interpretando el sentimiento dominante en todo el gremio, solicitó de la Facultad respectiva la modificacion de la forma en que se toman los exámenes de médicos extranjeros, á fin de que se establezcan para éstos las mismas condiciones que rigen para los alumnos de la escuela. La idea ha sido tomada en consideracion, y es de presumir que pronto será realizada.

Deseando rendir homenaje á los iniciadores de los estudios médicos entre nosotros, ha solicitado del Sr. Intendente Municipal que al disponer la definitiva nomenclatura de las calles del municipio se tengan presentes los nombres siguientes que son de verdadero orgullo para la ciencia argentina: Cosme y Francisco Argerich, Juan Antonio Fernandez, Miguel O'Gorman, Martin Garcia, Diego Alcorta, Francisco Javier Muñiz, Agustin Fabre.

La Asociacion está bien constituida, pero necesita algunas reformas que le permitan mas amplio desenvolvimiento. En este punto conviene introducir algunas modificaciones al reglamento.

Si para demostrar la importancia y el rol que el Círculo Médico Argentino desempeña en nuestra vida intelectual, fuera necesario decir dos palabras más, no haria sinó recordar el concurso sud-americano de medicina por él celebrado en honor del 4º centenario del descubrimiento de América y que ha permetido convocar á muchas de las naciones del nuevo mundo á demostrar sus adelantos y su capacidad científica. El resultado ha sido muy satisfactorio, y es de esperar que los

nuevos certámenes sigan siendo cada vez más concurridos, contribuyendo así á la más estrecha vinculacion de los hombres nacidos en estas regiones.

La idea está lanzada y no debemos detenernos. Al contrario, continuemos el camino empezado bajo tan halagadores auspicios.

El Círculo Médico está llamado á ilustrar el nombre de la patria argentina en los dominios de la ciencia.

Todo nos es favorable, y es prudente no esterilizar ningun esfuerzo. Echemos nuevamente manos á la obra y que cada cual llene su deber en la respectiva esfera.

El período que hoy empieza es una esperanza fundada de labor y de adelanto. El nuevo Presidente, Dr. Alejandro E. Amoretti, figura entre los más esforzados miembros de la Asociacion, y es un elemento que ha actuado en nuestros progresos de los últimos diez años. Conociendo su carácter, su inteligencia y sus aptitudes, confío en el porvenir, seguro de que nuestros ideales no serán defraudados.

Señores de la Comision Directiva:

Habeis sido elegidos en momentos propicios para el trabajo y cuando la Sociedad proclama con el último concurso una victoria que le dará justa fama. Conviene asegurar estas conquistas, y dar mayor estímulo á la produccion intelectual para acrecentar los beneficios que hoy alcanzamos.

Calculad su importancia futura, midiendo el camino recorrido en 18 años, y entonces apreciareis con exactitud todo el mérito de la obra en que estamos empeñados.

Sed felices en vuestras tareas; no desmayeis ante las dificultades y recordad que en la lucha y en el triunfo final está el mérito de la empresa guiada por nobles aspiraciones.

He dicho.

Estado de la caja del Circulo Médico Argentino en 15 de Junio de 1893

DEBE (1)

A balance en Junio 1º de 1891.....	$		501 88
A cuotas de socios cobradas desde 1º de Junio de 1891 hasta 15 de Junio de 1893.....	»	20376 —	
A administracion de los Anales por importe de avisos y suscripciones cobrados en el mismo término.....	»	1100 —	21476 —
A subvencion del Gobierno Nacional desde Enero de 1892 hasta Mayo de 1893.....	»		3400 —
A entrega hecha por el ex-Director de la Biblioteca Dr. José M. Escalier, de saldo é intereses de fondos que obraban en su poder para adquirir libros.	»		239 75
			$ 25617 63

HABER (2)

Por alquiler de local desde 1º de Junio de 1891 hasta Mayo 31 de 1893.....	$	6536 60	
Por impresion de los Anales en el mismo término.....	»	6168 97	
Por gastos de Biblioteca: compra de libros, encuadernaciones y suscripciones de periódicos.....	»	2923 21	
Por gastos de Farmacia: compra de útiles y medicamentos.....	»	511 69	
Por gastos de alumbrado é impuestos...	»	1344 18	
Por gastos de secretaría.....	»	1656 —	
Por sueldo del bibliotecario y auxiliar de secretaría desde Junio de 1891 hasta Mayo de 1893.....	»	2132 50	
Por sueldo del ordenanza en el mismo término.....	»	512 34	
Por comision del 10 % al cobrador sobre 19.980 pesos m/n cobrados.....	»	1998 —	
Por gastos de mudanza.....	»	561 30	
Por varios gastos, en los que se hallan comprendidos: gastos para los concursos de 1891 y de 1893, varias impresiones, diplomas de sócios, sellos para cobrar la subvencion del Gobierno Nacional, etc.....	»	440 35	
			24785 14
Existencia en caja en la fecha.....	$		832 49
			$ 25617 63

Vº. Bº. SAMUEL GACHE.—*Domingo M. Cremona*
Secretario.

Buenos Aires, Junio 15 de 1893.

Zenon Aguilar
Tesorero.

(1) Véase el anexo A.
(2) » » » B.

ANE

ESTADO detallado de las entradas mensuales desde

ENTRADAS	1891							18				
	Junio	Julio	Agosto	Setiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo
Balance en Junio 1º de 1891.....	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Cuotas de Socios.....	826.50	863.50	781	1064	920	773	700	659	821	926	931.50	881
Avisos y suscripciones de los Anales.....	60 —	—	130	—	—	—	—	125	—	150	150	—
Subvencion del Gobierno Nacional	—	—	—	—	—	—	—	200	200	200	200	200
Entrega hecha por el ex-Director de la Biblioteca de saldo é intereses de fondos que obraban en su poder para adquirir libros.....	—	—	—	—	239.75	—	—	—	—	—	—	—
TOTAL.....	886.50	863.50	911.00	1064.00	1159.75	773.00	700.00	984.00	1021.00	1276.00	1281.50	108

Visto-Bueno — SAMUEL GACHE — DOMINGO M. CREMONA
Secretario.

XO A

º de Junio de 1891 hasta el 15 de Junio de 1893

9 2							1 8 9 3						TOTAL
Junio	Julio	Agosto	Setiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio hasta el 15	
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	Pesos 501.88 m/n
790	800	939	776	811	821	765	764	737	831.50	957	845	393	» 20.376.00 »
—	100	100	—	—	—	60	125	—	100	—	—	—	» 1100.00 »
200	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200		» 3400.00 »
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	» 239.75 »
990.00	1100.00	1239.00	976.00	1011.00	1021.00	1025.00	1089.00	937.00	1131.50	1157.00	1045.00	393.00	Pesos 25.617.63 m/n

ZENÓN AGUILAR

Tesorero.

Buenos Aires, Junio 15 de 1893.

ANE

ESTADO detallado de los gastos mensuales desde

GASTOS	1891							18				
	Junio	Julio	Agosto	Setiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo
Alquiler de casa	270	270	270	270	270	270	270	270	270	270	270	250
Impresion de los Anales	244.45	351.70	236.20	268.20	196.30	218.30	252.60	256.95	166	154.75	263.75	378.3
Gastos de la Biblioteca	150.70	29.50	18	5	291	37.80	—	—	40	423.20	367	50
» de la Farmacia	—	—	—	—	—	—	—	—	—	87.94	60	101.8
» de alumbrado é impuestos	—	86.40	85.94	128.96	99.84	155.88	42 24	106.90	43.72	25.60	31.68	88.4
» de Secretaría	80	40	48	48	48	88	58	58	65	65	65	65
Sueldo del bibliotecario	80	80	95	65	72.50	80	80	80	85	85	85	85
» del ordenanza	30	59.16	5.84	35	33.34	—	12	15	18	18	18	18
Comision del 10 % al cobrador	82.65	86.35	78.10	106.40	92	77.50	70	—	148	92.60	93.15	88.1
Gastos de mudanza	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Varios	70	—	130	53	—	—	—	—	1.05	1.05	1.05	1.0
TOTAL	1007.80	1003.11	967.08	979.56	1102.98	927.98	784.84	786.85	836.77	1223.14	1254.63	1125.7

Visto-Bueno — SAMUEL GACHE — DOMINGO M. CREMONA

Secretario.

XO B

1º de Junio de 1891 hasta el 15 de Junio de 1893.

92							1893						TOTAL		
Junio	Julio	Agosto	Setiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio hasta el 15			
250	250	250	250	250	250	250	391.67	174.93	250	250	250	250	Pesos	6536.60	m/n
310.30	364.55	338.35	316.60	391.50	198.52	235.25	179.80	149.05	210.55	149.05	237.45	—	»	6168.97	»
50	81.80	50	146.75	50	211.75	50	129.25	—	38.40	509.56	193.50	—	»	2923.21	»
16.55	42.63	202.68	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	»	511.69	»
60.36	45.44	48.60	38.70	26.70	29	38.70	29.96	33 84	41.86	25.20	30.24	—	»	1344.18	»
65	65	68	68	68	68	68	68	—	156	78	78	78	»	1656.00	»
85	85	90	90	90	90	90	90	90	90	90	90	90	»	2132.50	»
18	18	20	20	20	20	20	20	20	20	14	30	10	»	512.34	»
79	80	93.90	77.60	81.10	82.10	76.50	76.40	73.70	83.15	95.70	84.50	—	»	1998.00	»
—	—	—	—	—	—	—	561.30	—	—	—	—	—	»	561.30	»
1.05	41.50	79.10	1.05	1.05	1.05	52.55	0.55	1.05	1.05	1 05	1.05	1.05	»	440.35	»
935.26	1073.92	1240.63	1008.70	978.35	950.42	881.00	1546.93	542.57	891.01	1212.56	994.74	429.05	Pesos	24.785.14	»

ZENÓN AGUILAR

Tesorero.

Buenos Aires, Junio 15 de 1893.

Discurso del Dr. Alejandro E. Amoretti

AL RECIBIRSE DE LA PRESIDENCIA DEL CÍRCULO MÉDICO ARGENTINO

(29 de Junio de 1893)

Señores:

No tengo palabras con que demostraros los sentimientos de gratitud que me animan hácia vosotros, por el inmerecido favor que me habéis dispensado al designarme para ocupar el honroso cargo de Presidente de esta benemérita corporación científica.

Al dirigiros por primera vez la palabra, quiero trasmitiros las ideas que tengo, sobre lo que significa nuestra Asociación, á mi juicio, y los títulos que la hacen acreedora á la simpatía pública.

En el año 1875, un grupo de jóvenes estudiantes de medicina, llenos de entusiasmo, echaron los cimientos de esa modesta Asociación que convinieron en llamar «Círculo Médico Argentino»,—la que continuó paulatinamente su marcha progresiva, aunque lenta, pero no por eso menos fecunda,—pasando por varias épocas de zozobra las unas, de bonanza las otras, hasta llegar al pié de adelanto en que se encuentra en este momento, que me corresponde el honor de presidirla.

En los XVIII años de existencia que cuenta el «Círculo Médico Argentino», ha prestado beneficios inmensos á la medicina nacional, al gremio médico y al país en general, por medio de su biblioteca, su periódico, sus consultorios gratuitos, sus conferencias y sus concursos científicos; beneficios que no son suficientemente conocidos, ni debidamente apreciados,—pudiendo aseverarse con justicia, que es la Institución que más ha contribuido al adelanto de la medicina argentina.

Su biblioteca, puede decirse con orgullo, sin temor de equivocarse, es la mejor biblioteca médica que existe en el país;—para formarse una idea, somera aunque sea, sobre su magnitud, bastará dirigir una mirada escudriñadora por los hermosos estantes que adornan este espacioso salón, los que se hallan atestados de obras de medicina escritas en el país y en el extranjero, y que representan la labor constante de todas las comisiones directivas que se han ido sucediendo. El provecho

que reporta á los asociados, tanto médicos como estudiantes, no es necesario que os lo insinúe siquiera, porque está en la conciencia de todos. Ella constituye, á mi modo de ver, la principal riqueza de la Sociedad,—y una de mis principales preocupaciones será fomentarla y acrecentarla, al mismo tiempo que procurar que ella sea bien conocida de los socios, para que pueda ser mejor utilizada.

Los Anales del Círculo Médico Argentino, periódico fundado en 1877 para servir de órgano de la Sociedad, y que ha tomado gran incremento gracias á la buena dirección que ha sabido darle su actual redactor-director, difunde los últimos adelantos de la ciencia médica entre nosotros, por medio de sus columnas siempre nutridas de material interesante.

No debemos olvidar las conferencias científicas y los consultorios gratuitos, entre los elementos de estudio que el «Círculo Médico Argentino» posee, siendo, estos últimos, aparte del beneficio que prestan á los enfermos pobres, una fuente inagotable de precioso material para Los Anales; razones por las cuales deben conservarse y estimularse, tanto éstos, como aquéllas.

Intencionalmente he dejado para el fin, el hablaros sobre los concursos que periódicamente celebra la Asociación y que tan eficazmente han contribuido á enriquecer la bibliografía médica argentina. Fueron los primeros un lijero ensayo; habiendo ido sucesivamente mejorando, hasta llegar á obtener los últimos un éxito halagüeño. Y sinó, tenemos aún fresco el recuerdo del grandioso acto público que se verificó en el teatro Onrubia con el objeto de hacer la distribución de premios á los laureados en el primer certámen Sud-Americano, con que el «Círculo Médico Argentino» se propuso celebrar el cuarto centenario del descubrimiento de América. Su resultado fué espléndido; se presentaron á él obras de verdadero mérito y servirá esto de aliento para continuar la tarea iniciada, convocando otros nuevos, que indudablente superarán á los anteriores.

Señores:

He vacilado antes de aceptar el honroso cargo para el cual he sido designado por la excesiva bondad de mis distinguidos consocios, por temor de que mis aptitudes no correspondiesen á las esperanzas de los que me han elegido; mas luego, he reflexionado, y he resuelto aceptarlo, animado del entusiasmo y

del cariño que siempre me ha inspirado esta progresista Institucion.

No puedo anticiparos proyectos ni reformas, porque no lo considero oportuno: — sólo sí me limitaré á anunciaros que trataré de seguir la misma senda abierta por mi infatigable antecesor, el distinguido Dr. Samuel Gache,—y me consideraré feliz, si al entregar al que me suceda, la presidencia, pueda decir que se ha continuado la misma marcha progresista por él impresa,—y que dejo la Sociedad en el mismo estado de prosperidad en que la recibo.

Cuento para la realizacion de mis planes, con el concurso inteligente de mis colegas de la Comision Directiva, que en honor de la verdad, pienso que la Asamblea no ha podido proceder con mayor acierto en su eleccion; así como también espero que todos y cada uno de los socios me prestarán su valiosa ayuda.

He dicho.

EL DOCTOR ANTONIO F. CRESPO

Ha fallecido en Buenos Aires el doctor Antonio F. Crespo, ex-Presidente del Círculo Médico Argentino, ex-Profesor de Higiene, ex-Intendente Municipal, ex-Diputado y actualmente Senador al Congreso Nacional.

Su carrera científica le abrió fácil acceso á las altas posiciones; y en la Oftalmología, que era su especialidad, fué uno de los más aventajados discípulos del doctor C. Aguirre. En las clínicas europeas consolidó sus conocimientos científicos, y una numerosa clientela aprovechó de ellos en Buenos Aires.

Como presidente del Círculo Médico, inició algunos proyectos como la Escuela libre de medicina y otros, que es sensible no hayan dado los resultados que se esperaban. Sin embargo, las iniciativas por él tomadas, han servido para estimular á otros.

Su presidencia en la asociación quedó señalada por un espíritu emprendedor y de trabajo.

El doctor Crespo era un noble carácter y una inteligencia clara.

Sin ser un orador en el concepto amplio de la palabra, se

hacía escuchar con agrado. Su concepción era fácil y exponía su pensamiento con fluidez y con elegancia.

Sin las seducciones de la política, el doctor Crespo habría sido en nuestro cuerpo médico una figura descollante entre los primeros, pues tenía condiciones que le indicaban esos rumbos; pero, quiso su suerte sustraerlo al estudio sereno y tranquilo del gabinete para arrojarlo en las corrientes agitadas de la vida pública en una época azarosa.

El gobierno del municipio de Buenos Aires á él confiado en 1887, le debe varias reformas y muchas iniciativas que, como las de las avenidas diagonales, no fué posible realizar por falta de elementos. Su voluntad y su buen deseo estuvieron siempre en favor del bien público, y es por esto que al morir le le ha tributado el homenaje á que sus servicios le hicieron acreedor.

El Círculo Médico Argentino, que no olvida los favores que recibiera del doctor Crespo, se asocia al duelo general; y para honrar la memoria de su distinguido ex-Presidente ha resuelto colocar sobre su tumba una placa conmemorativa.

Descanse en paz el profesor, el hombre digno y querido de todos.

Buenos Aires. **S. G.**

El profesor Peter—Ha muerto el eminente profesor Peter, de la Facultad de Paris.

En el próximo número publicaremos un artículo sobre él.

Premio para el próximo concurso

El gobierno de la Provincia de Córdoba ha dictado el siguiente decreto:

Ministerio de Hacienda,
Instrucciones y Obras Públicas.

Departamento de Hacienda—Córdoba, Julio 6 de 1893.

Visto lo expuesto por el Círculo Médico Argentino en nota de 26 de Junio último—

El Poder Ejecutivo de la Provincia,

DECRETA:

Art. 1º. Queda subsistente lo dispuesto por decreto de 12 de Noviembre de 1892, que acuerda al C. M. A. una medalla de

oro para ser adjudicada como premio y en nombre de esta provincia en el Concurso Sud-Americano de Medicina que se celebrará bajo los auspicios de aquella asociacion.

Art. 2º. Comuníquese, publíquese y dése al R. O.—PIZARRO. —*J. Alfonso.*

NUEVA COMISION DIRECTIVA DEL CÍRCULO MÉDICO

La asamblea general del Círculo Médico Argentino celebrada el 15 de Junio, eligió la nueva Comision Directiva, quedando así constituida:

Presidente—Doctor Alejandro E. Amoretti. *
Vice presidente—Doctor G. Araoz Alfaro.
Secretarios de actas—Señor Domingo M. Cremona, doctor Manuel A. Zavaleta. *
Secretario de correspondencia—Señor José M. Cullen. *
Tesorero—Señor Zenon Aguilar.
Pro tesorero Señor Federico Silva (hijo).
Director del museo—Señor Silvio Tatti.
» de la Biblioteca—Doctor Samuel Gache. *
Vocales —Doctor Luis Güemes, doctor Juan Alba Carreras, doctor Samuel S. de Bustamante, señor Ricardo Lynch, señor Emilio F. Onrubia, doctor Alfonso Masi *, doctor Diógenes de Urquiza *, señor Julio J. Señorans *, señor Enrique Diana *, señor Juan A. Farini *.

Los señores cuyos nombres llevan este signo *, han sido elegidos por el término de dos años.

Biblioteca del Círculo Médico Argentino

OBRAS ENTRADAS EN EL MES DE JUNIO DE 1893

POR COMPRA

Delefosse E., La pratique de l'antisepsie dans les maladies des voies urinaires. Edicion de 1893, 1 tomo.

De Brun, Maladies des pays chauds. 1893, 1 tomo.

Achalme P., L'Erysipéle. 1893, 1 tomo.

Terrillon et Chaput, Asepsie et Antisepsie Chirurgicales, 1893, 1 tomo.

Sée G., Therapeutique physiologique du cœur. 1893, 1 tomo.

Trélat U., Clinique Chirurgicale. 1892, 2 tomos.

POR DONACION

Gautier G. y Larat, Technique d'Electrotherapie. Hommage des auteurs. Tomo primero, edicion de 1893.

La Oficina de Farmacia Española segun Dorvault, traducida por varios doctores. 13º suplemento de la 2ª série solamente, edicion de 1893, regalo de los editores Sres. Bailly Bailliere de Madrid.

Anuario Estadístico de la Ciudad de Buenos Aires correspondiente al año 1892. por Alberto B. Martínez, 1 tomo.

Anales de la Universidad de Buenos Aires, tomo IX.

Francotte Javier, La Antropologia Criminal; regalo de la «Revista de Medicina y Cirujia Práctica», tomo III solamente, edicion de 1893.

Hemos recibido el volúmen III de la «Biblioteca Científica Moderna» que lo constituye la interesantísima obra «La Antropologia Criminal», por el Dr. Francotte; traducida al castellano por D. Federico Oloriz, Catedrático de la Universidad de Madrid, y D. Jerónimo Vida, Catedrático de la Universidad de Granada. No cabe duda alguna, de que la aparicion del nuevo libro del ilustrado profesor de la Universidad de Lieja, constituye un verdadero acontecimiento científico de positiva importancia, hoy dia en que los trabajos de antropología criminal han adquirido grandes proporciones. Su estudio no solo es de necesidad absoluta á los médicos en general, sí que tambien lo es al Magistrado, al Jurisconsulto y aun al Legislador mismo, puesto que no solo se encierra en el dominio puramente especulativo, sino que indudablemente ha de dar orígen á reformas legislativas y sociales. La extraordinaria aceptacion que en Bélgica y en Francia ha obtenido esta obra, es precusora de la que en España y América habrá de conseguir.

Forma un precioso tomo de cerca de 400 páginas, de mucha lectura y con grabados intercalados en el texto.

Precio, 4 pesetas.

Los pedidos, á la Administracion de la «Revista de Medicina y Cirugia Práctica», Preciados 33, bajo, Madrid.

TESIS

Bustamante Samuel S., Determinaciones de la Grippe sobre el aparato respiratorio, Buenos Aires.

Ponte Diógenes V., Estudio sobre las causas y estigmas físicos de la degeneracion en la especie humana, Buenos Aires.

Direccion General de Estadística Municipal

Defunciones ocurridas en la ciudad de Buenos Aires durante el mes de Mayo de 1893

SEGUN SEXO Y ENFERMEDAD

ENFERMEDADES	SEXOS V.	M.	Total
A Afecciones generales			
1. INFECCIOSAS, CONTAGIOSAS Y MIASMÁTICAS			
Fiebre tifóidea	26	12	38
Sarampion	2	—	2
Escarlatina	1	3	4
Coqueluche	1	1	2
Difteria	30	12	42
Crup	13	5	18
Angina diftérica	6	5	11
	79	38	117
2. SOLAMENTE VIRULENTAS			
Infeccion purulenta	2	—	2
Carbúnculo	1	—	1
Pústula maligna	1	—	1
	4	—	4
3. CONSTITUCIONALES Ó DIATÉSICAS			
Tuberculosis pulmonar	54	34	88
» de la laringe	1	—	1
» meningea	7	3	10
» del mesenterio	—	1	1
» peritoneo	—	1	1
Sífilis infantil	—	3	3
» en adultos	1	—	1
Cáncer	5	5	10
» del estómago	8	1	9
» del hígado	4	1	5
» del esófago	1	—	1
» de la mama	—	1	1
» de la lengua	1	—	1
» del útero	—	2	2
» de la cara	1	—	1
» del cuello	1	1	2
» del recto	—	1	1
» gastro hepático	—	1	1
Paludismo	—	2	2
Diabetes sacarina	3	—	3
Raquitismo	1	—	1
Púrpura	2	—	2
Escrofulosis	—	1	1
Enfermedad de Addison	1	—	1
Cloro anemia	—	2	2
Tabes mesentérica	—	3	3
	91	63	154

ENFERMEDADES	SEXOS V.	M.	Total
B Afecciones locales, agudas ó crónicas			
1. ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO			
Congestion cerebral	13	8	21
Apoplegía	5	2	7
Hemorragia	17	10	27
Meningitis	27	17	44
Meningo-encefalitis	5	1	6
Encefalitis	1	2	3
Derrame cerebral	2	2	4
Mielitis	1	1	2
Reblandecimiento cerebral	—	1	1
Embolia cerebral	1	—	1
Esclerosis cerebral	1	—	1
Demencia	—	1	1
Tétano traumático	2	1	3
» infantil	12	14	26
Eclamsia infantil	7	2	9
Parálisis general progresiva	2	—	2
Alcoholismo	3	1	4
Edema del cerebro	1	—	1
Delirio agudo	1	—	1
Conmocion cerebral	1	—	1
Contusion »	1	—	1
	103	63	166
2. ENFERMEDADES DEL APARATO CIRCULATORIO			
Pericarditis	1	—	1
Endocarditis	2	2	4
Aneurisma	1	—	1
» de la aorta	6	2	8
» del corazon	1	—	1
Flebitis	—	1	1
Hemorragia	1	—	1
» umbilical	—	2	2
Angina de pecho	3	1	4
Vicio orgánico al corazon	27	13	40
Ateromasia arterial	4	1	5
Miocarditis	2	1	3
Persistencia del a. de Botal	—	1	1
	48	24	72

ENFERMEDADES	SEXOS V.	M.	Total
3. ENFERMEDADES DEL APARATO RESPIRATORIO			
Laringitis	2	—	2
» estridulosa	3	1	4
Bronquitis	19	17	36
Bronco-neumonia	29	17	46
Neumonia	33	20	53
Pleuro-neumonia	5	2	7
Pleuresia	2	—	2
Congestion pulmonar	5	—	5
Asma	1	—	1
Edema de la glotis	1	—	1
Enfarto pulmonar	1	—	1
Enfisema pulmonar	—	1	1
Gangrena pulmonar	1	—	1
Estenosis laringea	1	—	1
Laringo traqueo	1	—	1
Hemoptisis	1	1	2
	105	59	164
4. ENFERMEDADES DEL APARATO DIGESTIVO			
Estrechez del esófago	1	—	1
Gastritis	1	2	3
Gastro-enteritis	17	17	34
Atrepsia	14	18	32
Indigestion	—	1	1
Enteritis	24	16	40
» tuberculosa	1	1	2
Entero-colitis	4	4	8
Disenteria	1	2	3
Oclusion intestinal	2	4	6
Tumor abdominal	—	2	2
» del vientre	—	1	1
Colitis	1	—	1
Dilatacion del estómago	1	—	1
Peritonitis	11	6	17
Cólera infantil	1	—	1
Colerina	1	—	1
Entero-peritonitis	1	—	1
Hernia	1	—	1
Hepatitis	1	3	4
Icteria	—	1	1
Esclerosis del hígado	—	1	1
Rotura del hígado	1	—	1
Degeneracion del hig.	1	—	1
Quiste hidático del hig.	—	2	2
Abceso del hígado	1	—	1
Tabes intestinal	1	—	1
Peritiflitis	—	1	1
Angina flegmonosa	1	—	1
Cirrosis	1	—	1
» del hígado	4	2	6
» atrófica	2	—	2
	95	84	179

ENFERMEDADES	SEXOS V.	M.	Total
5. ENFERMEDADES DEL APARATO GÉNITO-URINARIO			
Mal de Bright	1	1	2
Uremia	5	3	8
Nefritis	7	2	9
Albuminuria	1	—	1
Fibroma uterino	—	1	1
	14	7	21
6. ENFERMEDADES DE LA PIEL Y TEJIDO CELULAR.			
Erisipela	2	—	2
Gangrena	2	—	2
Flemon difuso	1	—	1
Antrax	1	—	1
Adenitis supurada	1	—	1
	7	—	7
7. AFECCIONES PUERPERALES.			
Fiebre	3	—	3
Metro peritonitis	1	—	1
Eclamsia	3	—	3
Peritonitis	1	—	1
Hemorragia	1	—	1
	9	—	9
C Muertes accidentales ó violentas			
Asfixia por sumersion	1	—	1
Heridas	7	—	7
» por arma de fgo.	1	—	1
Ustion	3	4	7
Envenenamiento	1	—	1
Repentinamente	3	—	3
Intoxicacion saturnina	—	1	1
Contusiones	2	—	2
Sincope	—	1	1
Shock traumático	4	—	4
Fractura	4	—	4
Congelacion	—	1	1
	26	7	33
D Nacidos muertos ó muertos poco despues de nacer			
Debilidad congénita	15	14	29
Nacidos muertos	74	57	131
	89	71	160

ENFERMEDADES	SEXOS		
	V.	M.	*Total*
E Sin clasificacion			
Atrofia	1	—	1
Anemia	—	3	3
Ascitis	1	—	1
Consuncion	3	2	5
Septicemia	—	1	1

ENFERMEDADES	SEXOS		
	V.	M.	*Total*
Senectud	1	2	3
Caquexia	—	1	1
Inflamacion de la rodilla	1	—	1
Marasmo	2	1	3
Sin especificacion	5	1	6
	14	11	25

RESÚMEN

VARONES	MUJERES	*Total*
684	427	1111

Año XVI—1893 BUENOS AIRES Tomo XVI—Nº 8

Anales del Círculo Médico Argentino

AGOSTO DE 1893

EL COPROLITOTRITOR

Instrumento del **Dr. César Milone**

EX-JEFE DE LOS TRABAJOS PRÁCTICOS DE ANATOMÍA EN LA FACULTAD DE BUENOS AIRES

Laureado con la medalla de oro del Gobierno de Tucuman en el Concurso Sud-Americano de Medicina celebrado por el Círculo Médico Argentino en 1893.

Como se sabe, un tumor fecal puede formarse y ocupar diferente situacion en el intestino. Generalmente la *S ilíaca* es el sitio donde se produce la estagnacion de materia fecal, pero no es raro observar esta coleccion situada por encima de la *S* ilíaca, y llegar hasta el ángulo colico del lado izquierdo. En estos casos, especialmente en el último, los medios terapéuticos de que dispone el médico (purgantes, enteroclisis repetidas, etc.) fracasan comunmente, y entonces se impone la intervencion quirúrgica. Con este fin se ha intentado vencer la resistencia de los esfínteres é introducir la mano; pero desgraciadamente esta es una operacion que si bien, en la mujer, se ha podido realizar en determinadas circunstancias, en el hombre sus efectos son casi siempre desastrosos. Como último recurso se practica la laparotomía, pero esta intervencion que con tanto éxito, y pudiera decirse con tanta impunidad, se realiza hoy hasta como medio de diagnóstico, entraña sérios peligros cuando se trata de un tumor fecal, ya sea porque en este caso el enfermo es un anciano materialmente concluido, ya por las condiciones en que se encuentra el intestino.

La frecuencia relativa de este género de enfermedad, los inconvenientes é inutilidad del tratamiento que someramente he indicado en la generalidad de los casos, me indujeron á

construir ese instrumento que llenara todas las necesidades y pudiera aplicarse sin peligro. Así, pues, teniendo presente que las curvas del intestino y sus válvulas son el principal y único obstáculo con que pudiera tropezar el barreno ó perforador encargado de deshacer la materia fecal englobada, toda la dificultad se reducia á colocar el intestino en condiciones de poder operar en esta barrera.

Ahora bien: el meso-colon y el meso-recto gozan de suficiente movilidad, movilidad que permite modificar cuando cambien de posicion la forma y direccion del intestino. Introduciendo en este órgano dos ó tres litros de líquido sus válvulas se aplanan, sus curvas se enderezan y entonces sin inconveniente alguno penetra hasta el ángulo colico cualquier tallo, aun cuando sea rígido; hecho experimental que es facilísimo comprobar.

Vencido este obstáculo, solo faltaba idear el medio de hacer funcionar el instrumento sin lesionar el intestino. Tambien esta dificultad se subsana perfectamente por medio del líquido introducido en este órgano; el *perforador* ó *triturador* al que he dado el nombre de COPROLITOTRITOR traspasa en é con la misma facilidad, seguridad y éxito con que opera el litotritor en la vejiga.

Cuando la aplicacion del instrumento que presento se hace anestesiando el enfermo, basta una sola sesion para destruir cualquier bolo fecal; en caso contrario, es decir, sin la anestesia, puede hacerse en cinco ó seis sesiones.

Uso de preferencia el perforador cuando el bolo fecal está situado por encima de la *S* ilíaca; en los casos más frecuentes, es decir, cuando está en la *S*, que por consiguiente su situacion es más accesible y en que no se puede introducir líquido en el intestino, me valgo de la cureta que presento como instrumento secundario.

El COPROLITOTRITOR consta de dos piezas metálicas. El barreno ó perforador, y el tallo que lo soporta.

Este tallo es más ó menos de 80 centímetros de largo; termina una de sus extremidades por una seccion en forma de olivo de mayor diámetro que el resto de la pieza, formando así un reborde en donde se detiene el barreno una vez armado el instrumento. Con el objeto de hacerlo más liviano y por consiguiente de más fácil manejo, es hueco en toda su extension.

COPROLITOTRITOR

CURETA

El barreno ó perforador de 40 centímetros de largo está constituido por un eje hueco de mayor diámetro que el tallo-soporte con el cual enchufe y á espensa del que gira y desliza. Por una de sus extremidades termina en una superficie espiroide en forma de caracol, enroscado una vez alrededor del eje longitudinal del instrumento; por la otra, en un mango prismático ó bis-alato.

Manera de emplear el coprolitotritor. Posicion del enfermo. Éste debe acostarse sobre el borde de la cama ó mesa operatoria en decúbito lateral izquierdo; la columna vertebral, el muslo y la pierna derecha en flexion, el miembro izquierdo en extension. Antes de usar el instrumento debe llenarse el intestino grueso con dos ó tres litros de agua tibia.

Una vez lleno de agua el intestino y estando el enfermo en la posicion indicada, se introduce el dedo índice de la mano izquierda con el objeto de aplastar el primer pliegue valvular que se encuentra situado más ó menos á 10 centímetros en la primera curva del recto, y sobre el dedo así colocado se hace resbalar el tallo ó estilete el cual franquea el pliegue mencionado.

Vencido este primer obstáculo, fácilmente se desliza el tallo siguiendo las curvas anatómicas del recto, de la *S* ilíaca y colon descendente, de tal manera que con un poco de práctica es perfectamente accesible el ángulo colico izquierdo.

Cuando el tallo alcanza al bolo fecal, se obtiene una sensacion parecida á las que originan los cálculos en la vejiga; sensacion que permite asegurarse de la situacion del bolo. El tallo es á la vez, pues, un guía para introducir el barreno á la par que un verdadero explorador. Con el objeto de evitar que se lesione el intestino debe comunicarse al barreno, mientras se introduce, un movimiento giratorio alrededor del eje de derecha á izquierda, es decir, en sentido contrario á aquel en que se enrolla el caracol.

Para romper el bolo debe hacerse girar el barreno en sentido contrario á aquel que se le imprime mientras se introduce, esto es, de izquierda á derecha. Basta una pequeña serie de estos movimientos y un poco comprimiendo, para llenar de materia fecal la concavidad del caracol.

Hecho esto, se saca el barreno, se limpia y nuevamente se introduce, usando siempre las mismas precauciones.

Como es necesario para operar sin peligro y sin inconve-

nientes que el intestino esté siempre lleno de agua, debe reponerse toda la que se pierde en las diferentes maniobras descritas, lo cual puede efectuarse aun cuando el instrumento esté en el intestino.

Si se opera con cloroformo, ó si el enfermo tolera sin inconvenientes la operacion, puede destruirse el bolo fecal en una sola sesion; en caso contrario puede hacerse en dos, en tres ó más.

No se debe jamás hacer funcionar el barreno hasta no haber adquirido la seguridad de que se ha llegado al bolo; seguridad que se adquiere fácilmente, como ya se ha indicado, por la sensacion especial que determina.

Despues de cada sesion debe hacerse una abundante enteroclisis de agua boricada; enteroclisis que es necesario repetir al dia siguiente. Entre una y otra sesion debe haber un dia de reposo en el caso en que no pueda destruirse el bolo en una sola vez.

Cuando el coprolito esté situado en la *S* ilíaca, uso en vez del coprolitotritor una cureta especial que en estos casos es de gran utilidad.

Esta cureta de forma oval lleva en la base de la parte cortante una ranura bastante profunda en donde se aplica un plano elástico de manera á transformarlo en una cuchara de borde metálico pulido, y de base elástica.

El aparato que esmeradamente he descrito, lo uso desde hace varios años siempre con verdadero éxito, como lo pueden atestiguar varios colegas distinguidos, entre los cuales los doctores Alejandro Castro, A. Gandolfo, L. Güemes, G. N. Chaves, E. del Arca, M. Gonzalez Catan, J. M. Fernandez, A. Tamburini, M. Gonzalez del Solar, y otros médicos y estudiantes.

Buenos Aires, 1893.

Bronquitis y bronco pneumonias pneumocóccicas

(Capítulo VIII de la memoria «El Pneumococcus y sus determinaciones pulmonares», presentada al Concurso Sud-Americano de Medicina)

Por el doctor G. Araoz Alfaro

De acuerdo con el plan general de este trabajo, me ocuparé solamente de hacer resaltar las particularidades que estas afecciones presentan cuando reconocen por causa el diplococcus pneumoniæ.

Una vez conocidos los pneumococos de Friedländer y Tálamon-Fränkel, tanto los que sostenian el rol patógeno del primero como los que consideraban al segundo el verdadero productor de la pneumonía, pensaron que, al igual de los demás microbios hasta entonces conocidos, se encontraban en presencia de un agente enteramente específico, es decir, capaz de determinar única y exclusivamente la pneumonía lobar fibrinosa.

Por lo demás, nadie creía deber investigar la existencia de un microorganismo que produjera la bronco-pneumonía. El hecho de ser casi siempre esta afeccion consecutiva á enfermedades infecciosas, indujo á todos los sabios á pensar que era el microbio de la infeccion primitiva el que determinaba la complicacion pulmonar.

Las investigaciones se encaminaron, pues, en este sentido, y durante mucho tiempo los micrógrafos atribuyeron á la enfermedad, en el curso de la cual la bronco-pneumonia se habia producido, las bacterias que encontraban en los focos inflamados del pulmon. Recordaré, sin detenerme en ello, porque me desviaria de mi objeto, que así fueron descritos los microbios de la grippe, del sarampion, de la coqueluche, de la escarlatina, de la difteria, etc.

Cuán poderosa era la influencia de este prejuicio, lo demuestra el hecho de que, aun en su libro de 1890, Cornil y Babés (1)

(1) Cornil et Babés.—Les bacteries, 1892, tomo II.

digan que «....se encontrará en general, en la bronco-pneumonía, los microorganismos de las diferentes enfermedades que la causan», si bien agregan luego que *«al mismo tiempo se puede encontrar*, en las partes hepatizadas del pulmon y en los nódulos de la bronco-pneumonía, los mismos microbios que en la pneumonía aguda».

Y fué solo cuando, en gran número de investigaciones, el exámen no reveló en las bronco-pneumonías consecutivas á las más diversas enfermedades, más que tres ó cuatro especies microbianas, que los observadores sospecharon que el proceso bronco pulmonar era una infeccion secundaria y que el agente de la afeccion primitiva no intervenía directamente en su produccion.

El pneumococcus fué encontrado por primera vez en la bronco-pneumonía el año 1884.—Los trabajos de Cornil (1) y los de Lumbroso, (2) realizados tambien en el laboratorio del primero, demostraron su presencia en pneumonias catarrales secundarias al sarampion, la fiebre tifóidea, la difteria y la escarlatina.

Un año después, el profesor Jaccoud (3) describe en sus Clínicas una afeccion nueva que designa, segun sus caracteres, con el nombre de «Bronco-alveolitis fibrinosa hemorrágica». En el exudado bronquial, solidificado bajo forma de tapones fibrinosos, se encontraron microorganismos enteramente iguales al pneumococcus.

En Julio del mismo año, y en una comunicacion á la «Société Anatomique», Massalongho llega á decir que considera al pneumococcus como el único agente productor de todas las bronco-pneumonias expontáneas.

Weichselbaum, en un trabajo publicado en 1886 señala el diplococcus de Fränkel en varias bronco-pneumonías primitivas ó secundarias y concluye que este microorganismo produce igualmdnte la pneumonía fibrinosa que la bronco-pneumonía ó la explenizacion.

Las investigaciones posteriores de Duflocq y Ménétrier, Neumann, Queissner, Babés, Netter, Mosny, etc., han confirmado esos resultados y colocado definitivamente al pneumo-

---

(1) Sociètè Anatomique de Paris, 1884.

(2) Société Anatomique de Paris, 1884.

(3) Sur un cas de broncho-alveolite fibrineuse hemorraghique.—Leçons de clinique médicale, (Pitié), 1885.

coccus en el grupo de los que, como el streptococo y el stafilococo piógenos, el bacilo de Friedländer etc, pueden producir la bronco-pneumonía primitiva ó secundaria. Tendré ocasion de volver luego sobre los trabajos de los autores citados.

Por lo que respecta á la bronquitis, el hecho es más discutible. No me parece, en efecto, que encontrar el pneumococcus en el mucus bronquial, sea bastante para afirmar que á él se debe la bronquitis actual, puesto que es bien conocida la frecuencia con que se encuentra ese agente en los bronquios de las personas sanas, en mayor cantidad á veces (Gamaleia) que en las enfermas. Algunas experiencias de este bacteriologista parecen, sin embargo, más decisivas. Una inyeccion intratraqueal de virus pneumónico no trae en el cordero sino un catarro bronquial con secrecion abundante y conteniendo pneumococci muy numerosos y virulentos. Pero si los bronquios son préviamente alterados por una inyeccion de tártaro estibiado, una inflamacion pulmonar sobreviene, sea bajo la forma de pneumonia fibrinosa, sea bajo la de bronco-pneumonía. En los focos de flogosis, es fácil encontrar el pneumococcus, que se puede cultivar y es muy virulento para los ratones.

Frecuencia.—Para dar una idea de la proporcíon en que el pneumococcus es responsable de las bronco-pneumonías, trascribiré los datos de la estadística últimamente publicada por Netter (1).

En 53 bronco-pneumonías del adulto, encontró:

37 veces una sola especie microbiana, y de estos 37 casos, *en 15 el pneumococcus.*

14 veces dos ó más especies microbianas, estando presente el pneumococcus en *12 casos*, asociado al streptococcus y al staphilococcus pyogenes ó al bacilo capsulado de Friedländer.

En 42 casos ocurridos en niños:

25 veces una sola especie microbiana; *en 10 el pneumococcus.*

17 veces dos ó más especies, (en *9* el pneumococcus, asociado á los mismos microbios señalados en las del adulto).

Como se ve, si se cuenta las veces en que está solo ó asociado, es el agente más comun en las bronco-pneumonías del

(1) Etude bacteriologique de la broncho-pneunomie chez l'adulte et chez l'enfant.—Arch. de Médéc. exp. et d'anatomie patholog.—1892, Nº 1, pág. 28.

adulto, y en las del niño viene inmediatamente despues del streptococcus pyogenes.

Etiología y patogénia.—Es fácil deducir de la rápida ojeada que acabamos de hacer, que el pneumococcus determina tanto las bronco-pneumonías primitivas como las secundarias. De estas últimas parece que todas, con excepcion quizá de la infeccion puerperal, pueden ser debidas al diplococo de Fränkel.

Ha sido demostrado en la bronco-pneumonía de la fiebre tifoidea (Neumann, Fränkel, Karlinski, Arustamoff), de la viruela, de las lesiones cerebrales, del cólera (Dubreuilh), etc.

Segun la estadística de Netter, las pneumonías catarrales observadas en los atacados de afecciones renales, han sido todas producidas por el pneumococcus ó el bacilo capsulado de Friedländer.

En la grippe, el pneumococcus ha sido encontrado por Netter 3 veces sobre 8 casos, solo ó asociado al streptococcus ó staphilococcus; por Weichselbaum en 2 casos (únicos examinados); por Levy 1 vez sobre los casos observados en la clínica de Leyden; por Prior en la mitad de los exámenes, etc. Estos datos se refieren al adulto.

En el niño, Queissner estudió 8 casos; en todos encontró el pneumococcus (4 veces solo y 4 acompañado del streptococcus ó staphilococcus); Neumann, 10 veces en 16 observaciones, Bauti, en 3 casos sobre 4.

En la broncopneunomía diftérica, el pneumococcus parece ser raro. De los 7 casos de Netter, solo fué encontrado en 2, asociado al streptococcus pyogenes.

En el sarampion, Netter demostró su presencia 2 veces sobre 4, acompañado igualmente del streptococcus.

Prudden lo encontró en una broncopneumonía sobrevenida en el curso de la erisipela.

El diplococo lanceolado es, pues, uno de los agentes más comunes en la bronco-pneumonía tanto del niño como del adulto. Desgraciadamente cuando se le encuentra unido á otro microorganismo, el streptococcus ó staphilococcus pyogenes, el pneumobacilo capsulado, no es posible precisar el rol que juega, porque estamos tan poco autorizados á concluir en su inocuidad como en su poder patógeno. Ese es el caso más frecuente. (V., además de los autores á quienes hemos tomado

los datos anteriores, los trabajos de Bouchard (1), Jaccoud y Ménétrier (2), Marmoreck y Leyden (3), etc.)

Duflocq y Ménétrier (4) han demostrado tambien que el pneumococcus era el agente productor de ciertas bronquitis capilares que sobrevienen en el curso de las bronquitis crónicas ó la tuberculosis pulmonar, y que suele constituir ordinariamente la última faz de su evolucion (5).

Pero si bien la bronco-pneumonía á pneumococcus es frecuentemente secundaria, ella se observa tambien primitivamente. Ya dije que Massalongho pretendia que esta bacteria era el único agente productor de las bronco-pneumonías espontáneas; posteriormente se han publicado varias observaciones aisladas y Naldoni (6) ha relatado una pequeña epidemia de aldea en la que la pneumonía fibrinosa atacaba á los adultos y la catarral á los niños.

Para explicarnos la patogenia de la bronco-pneumonía tenemos que aceptar, en la inmensa mayoría de los casos, que la infeccion se hace, como en la pneumonía, por intermedio del aire. Es posible y aun probable que, en casos excepcionales, el microbio sea llevado al pulmon por la sangre ó por la linfa (en el curso de una endocarditis, por ejemplo).

Pero, ¿por qué razon el mismo microbio determina unas veces la pneumonía lobar fibrinosa y otras la bronco-pneumonía? Se ha pretendido explicar el hecho por las variaciones de virulencia del pneumococcus. Es bien sabido, en efecto, y lo hemos visto en el cap. I, que este microbio presenta por muchas causas y aun sin razon conocida, oscilaciones notables de virulencia. Pero, en mi concepto, esto no nos explicaría la forma del proceso pulmonar, puesto que es perfectamente conocida la virulencia extraordinaria del pneumococcus en ciertas bronco-pneumonias, podria decirse aún en la mayor parte de ellas.

---

(1) Bouchard.—Recherches bacteriologiques sur la grippe et ses complications.—Semaine Médical, 1890, N°. 5.

(2) Jaccoud & Ménétrier.—Académie de Med. de Paris—11 Febrero de 1890.

(3) Citado por Boulay.

(4) Des determinations pneumococciques sans pneumonie.—Paris, 1890.

(5) Hutinel y P. Claisse han estudiado recientemente una forma debronquitis capilar sobreaguda que produce rápidamente la muerte sin lesion alveolar. En uno de los casos estudiados, el pneumococcus fué el único microbio encontrado y en varios otros estaba asociado al streptococcus pyogenes.

(6) Gaz. degli ospedali, 1888.

No me parece satisfactoria tampoco la teoría de que la asociacion de otros microbios al pneumococcus modifique su accion patógena habitual; los staphilococci y streptococci, el bacillus de Friedlander etc., se encuentran muy comunmente en los canales respiratorios; seria necesario, pues, explicar por qué se asocian al pneumococcus sólo en el caso de la bronco pneumonla y nó en el de la pneumonia franca.

La tercera teoría, que parece más próxima á la verdad, es la que encuentra la diferencia en el estado del pulmon que, en el curso de una enfermedad ó consecutivamente á ella, debe presentar lesiones más ó menos notables. «La pneumonía lobar seria en esta opinion el producto de la reaccion al pneumococcus de un pulmon sano. Cuando la accion del diplo coco se ejerce sobre un pulmon ya enfermo (bronquitis crónica, enfisema, esclerosis pulmonar, etc., la reaccion se opera según otro modo, bronquitis capilar ó bronco-pneumonía». (Boulay). Encuentro, sin embargo, objeciones que oponer á esta explicacion. No son raras, en efecto, las bronco pneumonías primitivas en individuos cuyos órganos respiratorios se encuentran en perfecto estado. No hay que olvidar, por otra parte, que como complicacion de muchas enfermedades infecciosas, sobreviene con alguna frecuencia la pneumonía fibrinosa, no siendo raro que se presente precisamente en los estados del pulmon enunciados.

Anatomía patológica. Mosny, (2) autor de varios trabajos muy recomendables sobre las bronco-pneumonías, ha creído poder deducir de sus estudios que los diversos agentes productores determinan tambien formas especiales de la enfermedad.

Desechando las complicadas clasificaciones de Joffroy (3) y Cornil y Ranvier, (4) separa las bronco-pnenmonías en tres formas: lobulillar de focos diseminados, pseudo lobar y bronquitis capilar. Considero que esta agrupacion simple satisface bien las exigencias de la clínica (más que las de la anatomía patológica), si bien creo que Mosny ha forzado demasiado las analogías en su deseo de aproximar la bronquitis capilar y la

---

(1) Hutinel et P. Claisse.—Sur une forme suraigüe de septicémie médicale etc... (Revue de Médecine, Mayo 1893) 3 P. Claisse.—Le infections bronchiques.—(Sémaine Médicale, 1893, Nº 38).

(2) Bronchopneumonie—Biblioth. Charcot. Debove 1892.

(3) Joffroy—Thése d'agregation. Paris 1880.

(4) Cornil y Ranvier—Histologie pathologique, 2me. édition.

bronco-pneumonia pseudo lobar á la pneumonia lobar fibrinosa, separándolas de la forma lobulillar diseminada de la pneumonía catarral. El referido autor pretende que esas dos variedades de bronco-pneumonía, muy próximas por sus caracteres clínico y anátomo-patológicos á la pneumonía fibrinosa, son debidas á la misma causa, el pneumococcus de Tálamon Fränkel, mientras que la lobulillar diseminada seria producida por los otros microbios que anteriormente he mencionado y especialmente por el streptococcus pyogenes.

El estudio detenido de las observaciones que el mismo Mosny presenta, permite ya mostrarse más reservado respecto de la especializacion que él quiere establecer, y la conviccion contraria se establece cuando se recorren los trabajos de otros autores.

En efecto, en la estadística de Mosny encontramos:

8 broncopneumonias de núcleos voluminosos confluentes, y de ellas:

3 solamente son debidas al pneumococcus
3 » » » » streptococcus pyogenes
1 al strept. asociado al staphilococcus aureus.
1 » » » » pneumococcus.

6 de núcleos pequeños, y de ellas:

2 debidas al streptc. pyog.
1 » » » » asociado al staph. albus
1 » » » » asociado al pneumococcus
1 » » » » » bacillus de Friedländer

En la obs. IV. (broncopneumonia pneumococcus), si bien hay un núcleo grueso como una nuez, se encuentran otros pequeños diseminados.

En la estadística de Queissner, los 4 casos debidos exclusivamente al pneumococcus, fueron formas lobulillares diseminadas.

La estadística de Netter, presenta:

Bronco-pneumonias exclusivamente á pneumococos:

En el adulto —	Núcleos múltiples	12
	» » confluentes en un lóbulo	2
	Pseudo lobar	1
En el niño—	Lobulillar diseminada	5
	» con confluencia en un lóbulo	1
	Pseudo lobar	3
	Lobulillar mono lobar	1

Las cinco observaciones que me son personales, presentaron: dos la forma lobulillar diseminada, dos la de bronquitis capilar y una la pseudo lobar.

Como se ve, pues, el pneumococcus determina igualmente las formas diseminadas que las confluentes. Lo único que parece poder deducirse del estudio detallado de las observaciones, es que las brocopneumonias debidas á este agente presentan frecuentemente núcleos más grandes y más granulosos que las determinadas por el streptococcus (Netter).

Por lo que respecta á la bronquitis, repetiré que es dificil afirmar si son realmente determinadas por el pneumococcus, puesto que la presencia de este agente en el mucus bronquial es un hecho normal (Netter, Besser etc.); por lo demás se le ha encontrado siempre en los bronquios inflamados asociados á otros microorganismos patógenos muy capaces por sí solos de producir la afeccion.

Excluyo de lo que acabo de decir la bronquitis capilar que, por lo general, se confunde con la broncopneumonia dado el hecho casi constante de la propagacion del proceso al alveolo pulmonar. Sin embargo, Duflocq y Ménétrier han publicado varios casos de bronquitis capilar sobrevenida en tuberculosos y originada por el pneumococcus, y en esos enfermos los alveolos pulmonares se encontraban enteramente indemnes. La afeccion ha sido algunas veces bilateral. Nada de particular presenta su anatomia patológica; el exudado es muy poco rico en fibrina.

He mencionado ya la bronquítis pseudomembranosa que existia en un caso que Jaccoud ha hecho conocer en sus clínicas (posterior á otro idéntico de Fraentzel). El exudado de los alveolos atacados contenia únicamente el diplococcus de Fränkel, lo mismo que los tapones fibinosos de las pequeñas ramificaciones y las concreciones pseudo membronosas de los bronquios de mayor calibre. Todas estas formas de exudado eran muy abundantes en fibrina.

Síntomas y diagnóstico. Desde que el pneumoccocus produce indiferentemete cualquiera de las formas de broncopneumonia, claro es que nada habrá en la sintomatología que permita afirmar la naturaleza del proceso en lo que se refiere á su agente productor.

El exámen de los esputos tiene alguna importancia en este diagnóstico, importancia puramente científica, por lo demás,

puesto que, por el momento al menos, el microbio determinante no es un factor en el pronóstico y tratamiento de esta enfermedad. No hay que olvidar en estas investigaciones la frecuencia con que el pneumococcus se encuentra en la expectoracion normal ó debido á una afeccion sin importancia. El caso seria distinto naturalmente si se expulsaran falsas membranas ó tapones fibrinosos como en los casos de Jaccoud y Fraentzel.

En los niños, á fin de recoger los esputos, se puede recurrir al procedimiento de Neumann (citado) por Boulay (1)) que consiste en titilar la epiglotis con una pinza provista de algodon esterilizado mientras se baja la base de la lengua con una espátula. La tos se produce y lanza contra el algodon la secrecion brónquica, que es diluida en el caldo esterilizado é ny ectada á los ratones.

Pronóstico y *tratamiento.*—La naturaleza pneumocóccica de una broncopneumonia nada significa para su pronóstico y tratamiento.

Su gravedad parece ser exactamente la misma que la de las determinadas por otros agentes. Es seguramente más grave que la pneumonia fibrinosa franca y es por eso que me parece insostenible la teoría que pretende explicar la produccion de la broncopneumonia por la atenuacion del pneumococcus.

A estar á las investigaciones de Monti, (2) la gravedad dependeria tambien en gran parte de la asociacion á ese microbio de otros microorganismos piógenos ó aún saprofitos. Según las experiencias de este autor, el pneumococcus atenuado recupera su violencia cuando se inyecta al mismo tiempo que él los productos solubles de las culturas de proteus vulgaris ó de bacilos de la putrefaccion.

Buenos Aires, 1892.

---

(1) Des affections á pneucomoques, Thése de Paris.—1891.
(2) Atti del R. Acad. d. Lincei—1889, vol. II.

LA ENTEROPLEXIS DEL DR. RAMAUGÉ

Por el doctor **E. Tornú**

Laureado de la Facultad de Medicina de Burdeos

Gracias á Chaput la técnica de las operaciones sobre el tubo digestivo ha hecho en estos últimos tiempos grandes progresos, pero todavia estamos muy lejos del ideal, y hay muchas cosas que estudiar, mucho que crear y modificar, para que esta rama de la cirujía esté á la altura á que han llegado algunas de sus hermanas.

Pero, si á pesar de la antisepsia no hemos conseguido bajar la mortalidad en esta categoría de operados, á una cifra más consoladora que la actual, no es, sin duda alguna, porque no tengamos procedimientos operatorios nuevos; no es porque intervengamos generalmente demasiado tarde; no es porque falte siempre habilidad y experiencia en el operador; no es porque nos falte la instrumentacion necesaria, etc. etc... nó; estas son causas secundarias que tienen, es verdad, su influencia en el éxito ó en el desastre, pero no son ellas las únicas culpables; hay razones de otro órden que nos parecen principales.

El quíd está sobre todo en las dichosas suturas, en su reconocida dificultad y laboriosidad que exigen un tiempo demasiado largo, tiempo que, aun haciendo caso omiso de los accidentes consecutivos á una puntada mal dada, basta para hacer inclinar la balanza de la mortalidad, predisponiendo al operado al shok, ese terrible shok que nadie sabe lo que es, pero que á pesar de no decirnos el por qué, mata sin compasion.

Pero fuera de esto, todos sabemos y conocemos los inconvenientes de la enterorrafia, cualquiera que sea el procedimiento empleado, aun con la ingeniosa modificacian de Chaput; inconvenientes que me veo dispensado de enumerar, pues todos los cirujanos los tienen bien presentes y están bien indicados en los textos clásicos.

Aunque no tengo talla para juzgar una cuestion de tanta importancia, me parece que la Enteroplexis del doctor Ra-

maugé evita la mayor parte de estos inconvenientes y constituye un progreso digno de llamar la atencion de los que se ocupan de los adelantos de esta parte de la cirugía y que merece un estudio prolijo y una experimentacion esmerada, no solo poniéndonos bajo el punto de vista de los beneficios que puede reportar á la humanidad, sino tambien por la gloria de la cirugía argentina, por la que todos, grandes y pequeños, debemos interesarnos.

No quiero decir con esto que la *enteroplexis*. tal como ha sido presentada por su autor, sea el desideratum en esta materia; no pretendo tampoco que pueda llenar todas las indicaciones, ni que deba aplicarse inmediatamente al hombre sin multiplicar las experiencias en *anima vile*; pero si diré que la concepcion de esta idea es soberbia y que bien estudiada por el autor y controlada por experimentadores imparciales, está llamada á prestar grandes servicios y á desterrar tal vez lo que todos—cirujanos y pacientes—debemos temer: las suturas intestinales.

No voy á enumerar una por una las ventajas de la *enteroplexis*, primero porque unas saltan á la vista y otras están perfectamente señaladas por su autor (1); pero, animado por las palabras con que el doctor Ramaugé termina su importante trabajo, me voy á permitir hacer algunas indicaciones que, puramente teóricas, (2) no tienen otro objeto que disipar algunas dudas y provocar con la discucion «leal y científica» nuevas experiencias, de las que la *enteroplexis* saldrá, seguramente, triunfante y mejorada.

***

En el trabajo de Ramaugé tenemos que considerar tres puntos:

1º, el enteroplexo; 2º, la enteroplexis; 3º, el trabajo mismo, que ha merecido por parte del jurado la alta distincion de ser premiado con medalla de oro (premio del Gobierno del Perú) en el concurso sud-americano de medicina celebrado por el Círculo Médico Argentino.

---

(1) Ramaugé, «Enteroplexis». *Anales del Círculo Médico Argentino*, Mayo de 1893, pág. 172 y siguientes.

(2) Lamento que en este momento mis ocupaciones no me hayan permitido experimentar el método, dando así á mis argumentos una base sólida. Será más tarde.

En cuanto al *enteroplexo*, no me detendré á discutir la cuestion «cuerpo extraño», *bestia negra*, que como lo hace observar muy bien Ramaugé no puede quedar erguida ante los pusilánimes, porque hoy está probado que al intestino no le hacen muchas cosquillas los cuerpos extraños, siempre que no sean muy irregulares; en cambio me permitiré preguntar al autor si el *enteroplexo* encontrado en el estiercol quedó entero ó si las piezas que lo componen estaban separadas. El no toma la precaucion de decir esto en su trabajo, y seria necesario saberlo, pues en el primer caso no habria nada que observar, pero en el segundo podríase preguntar si los resortes machos no metidos dentro de sus hembras no podrian en su curso por el intestino lastimar á éste ó prenderse en la mucosa y llegar á constituir en este caso un obstáculo á la libre circulacion de las materias. Supongo que el *enteroplexo* fué expulsado entero, pues me parece difícil que pueda abrirse y dejar en libertad las dos piezas que lo constituyen; pero siento que el doctor Ramaugé no lo diga en su trabajo á fin de no dejar ninguna duda en el espíritu del lector.

En cuanto á la primera modificacion que propone en el caso de que se le hiciera la objecion sobre la dificultad de la eliminacion del *enteroplexo*, creo que no daria los resultados que el autor espera, pues seria imposible mantener rígido al disco con los hilos de catgut. Me parece que mucho mejor es dejar las dos piezas que forman el enteroplexo enteras, tal como están actualmente, sin preocuparse de los inconvenientes que son más teóricos que prácticos, y que ya la experiencia ha dado razon de ellos y no merecen discusion.

Respecto á la segunda modificacion que el autor propone, me parece excelente (siempre que prácticamente no ofrezca dificultad la colocacion de los resortes en el hueso decalcificado) porque se comprende fácilmente que es más ventajosa que el *enteroplexo*, se absorva en lugar de eliminarse, sin contar que con esta modificacion la enteroplexis tendrá una indicacion más, la *gastro-enterostomia*, en la cual podrá luchar victoriosamente con las placas de Senn, con los tubos de Mayo Robson y los discos de Matignon. Naturalmente que esta es una concepcion mia, puramente teórica, y que solo la experimentacion podrá comprobar si es aplicable en la *gastro enterostomia*; sin embargo, casi me atrevo á afirmarlo.

Respecto al empleo del *enteroplexo*, es decir la *enteroplexis* misma, tal como su autor la describe (1) no puede ser mas sencilla ni mas práctica y está al alcance de cualquier cirujano.

No podria haberse ideado nada más rápido ni más expeditivo y no dudo que la coaptacion de los dos cabos intestinales es perfecta y así lo demuestran dos de las observaciones que no pueden ser más probantes. Es lástima que el autor no diga el tiempo que ha empleado en cada operacion; habria sido un dato útil. De todos modos se comprende que el tiempo debe ser mínimo si se le compara á cualquier procedimiento de sutura por sencillo que éste sea.

Pero otra de las ventajas que hacen de la *enteroplexís* una operacion casi ideal y que la pone por encima de los demás procedimientos indicados en estos casos, es que parece evitar la estrechez, que generalmente se observa con los métodos de sutura. Verdad es que con los dos procedimientos de suturas ideados por Chaput (sutura circular con *fente* y sutura circular por *abrasion*) parece que se disminuye notablemente la estrechez, pero no la evitan de una manera completa como la *enteroplexis*, segun consta de la pieza anatómica núm. 1, que acompaña al trabajo del Dr. Ramaugé.

Pero si la *enteroplexis* es perfectamente aplicable en todos aquellos casos en que los dos cabos intestinales son del mismo calibre, no lo es ni puede serlo cuando uno de ellos tenga un diámetro mayor que el otro. El Dr. Ramaugé no ha previsto en su trabajo este caso. Sin embargo, estoy seguro de que está en su mente (2) el hacer en esta circunstancia la entero-anastomosis, sustituyendo las placas de Senn ó las de Willy Sachs por su *enteroplexo*. Esta es una experiencia que debia haber hecho Ramaugé no solo para evitar esta objecion que tiene algun pero, sino tambien en beneficio de su procedimiento que habria sido así mas completo, extendiendo el campo de sus indicaciones.

Cierto es que en parte esta objecion pierde de su valor puesto que en la experiencia de *ileo-ileostomia* que el Dr. Ra-

---

(1) Ramaugé: *Anales del Circulo Médico Argentino*, tomo XVI, pág. 174.

(2) Y así parece indicarlo al hablar de los tumores del intestino (véase loc. cit, pág. 186.)

maugé (1) ha hecho, ha practicado la entero-anastomosis, pero no quiero referirme á esto, sino en el caso en que por una causa cualquiera el cirujano se viera en la necesidad de anastomosar, despues de una reseccion, el intestino delgado con el grueso intestino, ó en el caso en que dos asas del delgado fueran de diferente calibre, lo que puede acontecer; es poniéndose en estas condiciones que habría querido que el Dr. Ramaugé hiciera la experiencia y diera indicaciones sobre el modo de proceder. Otra de las experiencias que habria sido necesario hacer y de la que no nos dice nada el autor es sobre la gastro-enterostomia, ya sea la anterior de Wofer ó la posterior de Von Hacker, en la que el *enteroplexo* de aluminio (que tiene que eliminarse) no me parece teóricamente aplicable porque (como se puede ver en la pág. 23 del interesante trabajo de mi maestro, el Dr. Villar) (2) el intestino anastomosado con el estómago forma un codo muy pronunciado que impediria la eliminacion del *enteroplexo* el que tal vez al desprenderse caeria en el estómago, siendo difícil que los movimientos de este último lo hicieran pasar por el agujero de comunicacion con el intestino y poder así eliminarse por éste. Como la experiencia no ha sido hecha no puedo afirmar ni lo uno ni lo otro; no puedo abrir opinion sino teóricamente, lo que me pone en la obligacion de no ser categórico, pues tengo por principio que todo argumento que no tiene por base la experimentacion ó la observacion clínica, pierde cuando menos las cuatro quintas partes de su valor.

Teniendo en cuenta la razon anterior es que al hablar de la modificacion segunda propuesta por el Dr. Ramaugé en su *enteroplexo* la he aplaudido porque creo que siendo este formado de una substancia absorvible, la objecion del codo impidiendo la eliminacion de este aparato no tiene ya razon de ser.

Tampoco ha hecho el profesor Ramaugé la experiencia de abocamiento del yeyuno al estómago en los casos de pilorectomía por cáncer y ver así cómo se porta el *enteroplexo*. El tratamiento quirúrjico del cáncer del estómago es hoy una cuestion á la órden del dia y todos los cirujanos se esfuerzan

---

(1) *Anales del Circulo Médico Argentino*, tomo XVI, pág. 181.

(2) *Chirurgie et cancer de l'estomac.* Du manuel operatoire de la gastro-enterostomie. Paris, 1893. Stenheil, editeur.

por facilitar las operaciones que están indicadas en este caso. Mi amigo el Dr. Matignon, autor de un interesante trabajo (1) sobre la gastro enterostomía, ha ideado para anastomosar el intestino al estómago, un procedimiento rápido por medio de unos discos de substancia cornea (2), procedimiento que permite llevar á cabo esta difícil operacion en 25 minutos como he pedido comprobarlo, siendo ayudante del autor. A pesar de este brillante resultado creo que el *enteroplexo* del Dr. Ramaugé permitirá hacer esta operacion mucho más rápidamente y con el mismo éxito, y siento realmente que el autor no haya hecho las experiencias necesarias que me permitieran ser afirmativo en lo que enuncio.

Respecto á las demás indicaciones de la *enteroplexis* que el autor formula, nada tengo que decir mas que elogiarlas, y yendo más allá diré que bastaria su sola aplicacion en los casos de hernias estranguladas para proclamar como superior á los demás este método ideado por un distinguido cirujano argentino.

Pero antes de terminar este estudio inspirado por el entusiasmo que me produce todo trabajo nacional que encierre una novedad científica, y todo aquello que representa un verdadero progreso en el arte de curar, me voy á permitir hacer una pequeña crítica sin otra intencion que producir un beneficio para la *enteroplexis*, y es decir que este trabajo del Dr. Ramaugé habria sido mas completo, y seria mas fácilmente aceptable por todos los cirujanos (principiantes y experimentados operadores) si las experiencias en *anima vile* hubieran sido mas numerosas y mas detalladas. Es un pequeño defecto de que adolece este importante trabajo, defecto si se quiere sin importancia puesto que está al alcance del autor el remediarlo.

Buenos Aires, Julio 25 de 1893.

---

(1) Matignon: *De la gastro enterostomie dans le cancer du pylore.* Tesis de Burdeos. Paris 1892. Steinheil, editor.

(2) Villar, *Manuel operatoire de la gastro-enterostomie.* Paris 1893, Steinheil editor, pág. 41.

El quiste hidatídico en la República Argentina

Memoria del **Dr. Alfonso Masi**, premiada con medalla de plata en el Concurso Sud-Americano de Medicina celebrado por el Círculo Médico Argentino en 1893.

Por el

Doctor Samuel Gache

Uno de los beneficios inmediatos del Concurso Sud-Americano de Medicina que acaba de celebrar el Círculo Médico Argentino, es el conocimiento de gran parte de nuestra patología que nos revelan algunos trabajos interesantes como el del Dr. Masi, que motiva el presente artículo.

Y el estudio en cuestion es importante, no solo porque se refiere á una endemia declarada en el pais, sino porque ella afecta con su desarrollo la fuente principal de la riqueza: la ganadería.

Bajo este solo concepto, pues, la memoria escrita por el Dr. Masi significa un alto propósito que las autoridades sanitarias deben tener en seria cuenta.

La tænia equinococus se ha desarrollado mucho en todo el territorio de la provincia de Buenos Aires, y especialmente en los últimos años.

De todos sus pueblos y partidos ha venido á nuestros hospitales crecido número de casos de quistes hidatídicos.

La ciudad de La Plata ha ofrecido al estudio varias observaciones.

Confrontando los cuadros estadísticos relativos á esta enfermedad, se ve que ella está difundida por todos lados.

El aumento de la tænia debe preocupar á los ganaderos y á las comisiones de higiene pública.

El quiste existe tambien en las demás provincias argentinas, si bien en menores proporciones.

El Dr. Masi cree que en Santa Fé, Entre Rios y Corrientes se encuentra ya la tænia, y observa con razon, que ellas son las más ganaderas, despues de Buenos Aires.

En el Rosario de Santa Fé, dice, tengo la conviccion de que hay perros con la tænia equinococus.

De Gualeguaychú (Entre Rios) ha venido á nuestros hospitales un caso; de Corrientes se conocen dos y uno de Córdoba.

Invocando experiencia personal, dice el Dr. Canton que por las provincias del norte, Santiago del Estero, Tucuman, Salta y Jujuy, el parásito no ha tenido tiempo de viajar, no obstante el relativo desenvolvimiento de la cria del ganado vacuno y ovino.

Es una gran felicidad que puedan aun verse libres de este flagelo las comarcas del norte de la República, y esto mismo es motivo poderoso para aumentar la vigilancia tendente á prevenir la entrada del equinococo allí, para lo cual es necesario la inspeccion de los ganados y de los perros.

La estadistica del Dr. Masi abarca el período comprendido entre 1884 y 1892; y á él corresponden 119 observaciones de casos de todo el país atendidos en los siguientes hospitales de Buenos Aires: Clínicas, 68; Rawson, 10; San Roque, 17; Rivadavia, 24.

Estos datos se refieren solo á los enfermos diagnosticados y tratados convenientemente.

¡Cuántos quedarán ignorados en los modestos hospitales de campaña y en las pobres viviendas rurales!

Concentremos nuestra investigacion á la ciudad de Buenos Aires, y recorramos, acompañados del Dr. Masi, los corrales.

En una visita que éste hizo al matadero del sur, preguntó por el veterinario inspector, juzgando que nuestra gran metrópoli contaria seguramente con excelente inspeccion veterinaria, sabiendo que ésta no falta ni aún en ciudades de tercer órden.

Pero su curiosidad no pudo ser satisfecha. *El capataz es el único que hace clínica* con el material de los mataderos, dice el Dr. Masi, y solo de vez en cuando, por intervalos de meses, cae alguno por aquellas apartadas regiones á *inspeccionar el matadero*, no los animales que en él se matan.

«Otros animales son comprados al menudeo directamente en el matadero y llevados á las casas con sus hígados hidatidosos.»

«Y esto sucede en todos los mataderos de ganado ovino con que la ciudad cuenta.»

Refiriéndose á los corrales, agrega: Preguntamos si habia personal para inspeccionar todos los animales: «*Imposible; somos cuatro y no podemos, aún haciendo prodigios, inspeccio-*

nar todo; mientras empezamos por una punta y si inspeccionamos uno por uno cada animal, á las 10 todo está en los carros y apenas habremos revisado una cuarta parte.»

«Nos invita á buscar unos quistes y nos dirije al departamento de los cerdos. Nos aproximamos á un monton de visceras de éstos, en busca de hígados con quistes. Uno de esos hígados me llama la atencion; no tenia quistes, no se crea, tenia otra cosa más seria. Lo tomamos; le damos una vuelta en nuestras manos; no hay duda, es necesario convencerse; *una lujuriosa siembra de tubérculos miliares erizaba su serosa*; le damos un corte (con un cortaplumas, porque la inspeccion carecia de instrumentos); esa fatídica siembra se extiende á lo largo de las ramificaciones vasculares; todo el parénquima está infiltrado. Con terror pánico buscamos las otras vísceras y el animal *dueño de tanta riqueza*. Nada! no lo hallamos: ha ido á sembrar, no ya el quiste hidatídico, sino el terrible flagelo de la tuberculosis en unas cuantas familias de la ciudad. Solo encontramos en el monton de visceras unos pulmones con cavernas en ambos vértices y tubérculos miliares generalizados á todo el parénquima y pleura.»

«Era la prueba evidente, inequívoca de mi diagnóstico; ya no hubo opinion en contra y fué aceptado por los presentes. El señor veterinario nos dijo que nunca habia visto tuberculosis en el cerdo.» (1)

No necesitamos más para comprender todo el abandono que hay al respecto, y toda la responsabilidad que incumbe á los empleados que de tan lamentable manera cumplen sus deberes.

Tampoco se necesita averiguar más.

Pero queremos dejar constancia aquí de que sobre 71.980 animales entrados á los corrales de Buenos Aires, en todo el presente mes de Julio, se han sacrificado para el consumo 46.744; se han inutilizado 77; se han eliminado 119, y se han encontrado 6719 con equinococus.

Tal cantidad es enorme, y se comenta por si sola.

Por el momento, sabemos que el Intendente Municipal ha resuelto aumentar con siete nuevos el personal de inspectores auxiliares, con lo que el servicio público ganará algo.

---

(1) MASI—«El quiste hidatídico en la República Argentina», páginas 69 y 70.

El rol del perro en la difusion de la tœnia equinocucus es hoy bien conocido, y no es necesario insistir.

El Dr. Masi se inclina á la destruccion total de dichos animales como medio de evitar los males que combate, pero como comprende que tan radical procedimiento es muy difícil practicar, aconseja lo siguiente:

1º. Por cada perro del municipio se pagará una fuerte patente que se renovará cada tres meses.

2º. Cada perro llevará al cuello una chapa con el número y fecha de la patente.

3º. Todo perro encontrado en la via pública, sin patente, será recogido y sacrificado en el acto, sin que por ningun pretesto pueda ser recuperado por su dueño.

Y para aquellos que quieran continuar teniendo perros, aconseja esto:

1º. No dar nunca al perro carnes y sobre todo vísceras crudas.

2º. Evitar que coma fuera de casa lo que el dueño evita darle en la suya. Con el bosal este inconveniente está salvado.

3º. No hacerle comer los hígados de animales que tengan vejigas de agua (quistes hidatídicos), porque son esas vejigas las productoras de la enfermedad que el perro trasmite al hombre.

4º. Cuando se sospeche que el perro tiene lombrices, acúdase sin demora al veterinario.

A los estancieros se les permitiria tener varios perros, pero jamás jaurias.

El Dr. Wernicke piensa que convendria establecer que cualquier propietario tiene el derecho de matar á todo perro que encuentre en su campo, sin quedar obligado á dar aviso previo ó denunciar la muerte del animal.

Nos parecen muy justas estas indicaciones.

Si no queremos convertir nuestras poblaciones en nuevas Islandias, debemos adoptar serias medidas.

Hemos de volver sobre el asunto.

Encontramos, pues, en el trabajo del Dr. Masi, no solo gran cantidad de datos que conviene conocer para prevenir muchos males, sino tambien la fuente de un estudio científico que más tarde ha de dar inmensos resultados.

El Dr. Masi se ha puesto valientemente en campaña, y su empeñosa accion, que ya le ha dado merecido renombre, le señala un puesto distinguido entre los obreros del progreso científico argentino.

Benos Aires, Julio 31 de 1893.

Lesiones de la placenta en relacion con las enfermedades renales maternas

Disertacion del Dr. **A. Cioia** para la *libera docenza* en Obstetricia y Ginecología, de la Universidad de Génova (1893)

Por el **Dr. A. Masi**

Con interés hemos leído este opúsculo de 59 páginas que trae un abundante material de observaciones personales del autor y una completa revista histórico-crítica de cuanto se ha dicho sobre este tema.

El Dr. Cioia entra en materia calificando de enorme la cantidad de trabajos que alrededor de la placenta han producido las diferentes escuelas en este último tiempo. A pesar de ello aun no han llegado á la meta nuestros conocimientos sobre el órgano destinado á establecer el comercio nutritivo entre madre y feto.

Entre los puntos aun discutidos menciona el de la naturaleza del revestimiento de las vellosidades, el de la distribucion de los vasos y el de la comunicacion entre sangre materna y fetal.

El ser tan difícil estudiar la placenta humana unida al útero, nos da la explicacion de la lentitud de nuestros progresos en esta parte del estudio placentario y el por qué de que no son todavia definitivos los resultados obtenidos. De estos puntos aun no dilucidados sobre la anatomia y morfología, se desprenden naturalmente nuestras lagunas en el conocimiento de la funcionalidad de la placenta y de la clasificacion de sus enfermedades. Seria útil y lógica una distincion entre

las enfermedades de la parte materna y de la parte fetal de la placenta; pero de todo punto dificilísima por cuanto, revistiendo la parte materna de la placenta ó decidua á las vellosidades, cualquier lesion de aquella repercutirá sobre éstas y cualquier desviacion en el desarrollo de las vellosidades repercutirá sobre la decidua. En virtud de esto el autor preestablece que, al estudiar las enfermedades de la placenta, se encontrarán siempre lesiones, tanto en la parte materna como en la fetal.

De las enfermedades placentarias consecutivas á una nefritis de la madre, el *infarto blanco* y *algunas formas hemorrágicas* son las más frecuentes.

El *infarto blanco* comprenderia « *una degeneracion fibrosa de las vellosidades* y *una degeneracion grasosa de la serotina* » (Ercolani). Alteraciones que, como se ve, corresponden á las que se producen bajo lo influencia de la misma nefritis en la retinitis albuminúrica.

Las lesiones que producen *hemorragias* se encontrarian en la parte materna de la placenta, « degeneracion grasosa de las células de la serotina. » (Ercolani); con las consiguientes alteraciones de los senos placentarios.

Examina, en seguida, las opiniones emitidas por los diferentes observadores sobre la naturaleza del infarto blanco: *Gierse* (1847) lo atribuye á hemorragías y admite la organizacion de la fibrina en tejido conjuntivo. *Meckel* (1853) al lado de la hemorragia admite la inflamacion crónica. *Scanzoni* (1863) tambien admite como causa la hemorragia. *Langhans* (1867) explica el proceso por *estratificaciones* de fibrina, *fibrina canalizada*, que encontró en grandes depósitos; partiendo de la parte placentaria del corion terminaban en *nódulos ó infartos*. Hacía provenir estos depósitos de fibrina de la sangre de los espacios intervellosos. Esta explicacion fué admitida por *Maier*, *Veit y Steffeck*, con la modificacion de hacer partir esos depósitos fibrinosos de la decidua y sus prolongaciones. Los dos primeros demostraron, además, en las vellosidades, procesos de inflamacion granulosa y degeneracion por necrosis de coagulacion. *Robin* (1854) hace depender el infarto blanco de una degeneracion fibrosa de las vellosidades, degeneracion análoga á la atrofia normal que se apodera de aquellas vellosidades que no están destinadas á formar la placenta. Para *Ackermann* el infarto blanco seria debido á una proliferacion de los elementos conjuntivos de la túnica adventicia de las arte-

rias bajo forma de *pariarteritis fibrosa multiplex;* producida así la impermeabilidad de los vasos se verificaria la anemia y la necrosis de coagulacicn del territorio respectivo. *Cohn* agregó á este proceso una inflamacion de los vasos maternos. *Küstner* hizo intervenir el tejido decidual (sólo en las formas marginales del infarto) y comprobó el paso del infarto á través de una serie de modificaciones regresivas. *Recklinghausen* (1879), *Wieger y Neumann* (1880) ven en el infarto un proceso de degeneracion hialina. *Rossier* y *Fuoss* (1888) no encontraron el menor vestigio de las alteraciones de los vasos descritos por Ackermann. *Rokitanski* designó este proceso como un proceso de hepatizacion. Para Favre y Finzi, de Bologna (1890), el proceso se pasa en la decidua; el segundo admite una placentitis y clasifica la lesion de *producto fibrinoso inflamatorio.*

Despues de esta revista el disertante describe minuciosamente sus investigaciones microscópicas sobre esta lesion, llegando á estos resultados: En el infarto blanco existen lesiones regresivas en los distintos elementos que componen el tejido placentario; en las placentas de mujeres con nefritis hay lesiones inherentes á los vasos y otras que dependen de éstas y que en estas placentas se encuentran las formas mas voluminosas de infartos; que estos infartos, ó las lesiones correspondientes, se encuentran tambien en placentas de mujeres exentas de nefritis, aunque son mucho mas pequeños, diseminados y nunca acompañados de hemorragias. Las lesiones regresivas consisten en necrosis de coagulacion del epitelio de las vellosidades, en degeneraciones múltiples de islotes, de decidua; degeneraciones que abarcan todo el cuerpo de la vellosidad y comprometen la permeabilidad del vaso. Niega en absoluto que haya signos de inflamacion aguda en la placenta con infartos.

En cuanto á la dependencia de estas lesiones placentarias de las nefritis maternas llega á sentar:

1º Sin admitir con Steffeck que al exámen microscópico ni una sola placenta estaria exenta de infartos, podemos asegurar que es una lesion notablemente frecuente.

2º El infarto se encuentra tambien en mujeres que no tienen lesiones renales.

3º Que en los casos de nefritis materna se encuentran los infartos placentarios más típicos y voluminosos.

En apoyo de esta última tesis trae cinco casos clínicos muy detallados. Además de estas observaciones personales, cita otras de:

Rouhaud (Des lésions du placenta dans l'albuminurie. Thèse Paris, 1887.) trae 28 esparcidos en el material de un año del Hospital Lariboisière (1886-87). Sobre otras 68 mujeres nefríticas, halló 28 casos de infartos placentarios, es decir 41 por ciento.

Wiedow (1888) describe cinco casos de infartos placentarios con nefritis materna.

Cohu ha contribuido con cinco casos más y *Rossier* con nueve, estudiados bajo la direccion del profesor *Fehling*, de Basilea.

Despues de una larga discusion sobre la *patogenia* de estos infartos placentarios de origen nefrítico y de emitir teorías mas ó ménos aceptables, entra á considerar la influencia que sobre el desarrollo del feto tienen estas lesiones. Dice que viendo placentas plagadas de infartos, causa maravilla cómo una pequeña parte de placenta intacta haya podido bastar á la respiracion fetal. Hé aquí la media del desarrollo del feto y placenta en caso de infarto de ésta:

1º El peso del feto es sensiblemente inferior al normal (media kil. 2.502).

2º El peso de la placenta oscila en límites normales (media kil. 0.470).

3º La longitud del feto es algo inferior (media 0.48 cm.)

Küstner y *Ackermann* han llegado á las mismas conclusiones y hasta citan casos de fetos muertos sin otra lesion apreciable que un extenso infarto placentario. Esto demuestra la gran importancia de estas lesiones, y que pueden tener su aplicacion en medicina legal.

Terminado el estudio del infarto por nefritis, el doctor Cioia entra á estudiar algunas formas hemorrágicas de la placenta siempre bajo la influencia de nefritis concomitante de la madre.

Si bien estas formas hemorrágicas son algo menos frecuentes que las graves contingencias distocicas debidas á anomalías de insercion de la placenta, no dejan de tener su gran importan-

cia por cuanto comprenden las hemorragias por deprendimiento mayor ó menor de la placenta normalmente insertada y á las cuales *Winter* asigna una mortalidad de 5 por ciento para la madre y de 95 por ciento para el feto.

Se sabe que la nefritis, como el escorbuto, enfermedades infecciosas, intoxicaciones, etc., dan á los tejidos en general una notable tendencia á las hemorrágias. La placenta adquiere tambien esta tendencia y tenemos constituidas las formas hemorrágicas de que nos ocupamos.

Winter fué el primero que aplicó á la placenta ese concepto de patologia general. En 160 casos de desprendimiento precoz de la placenta normalmente insertada, no encontró sino una mitad con causa más ó menos racional (traumas, tos, vómito, emociones); para los otros sentó la idea de que bajo la influencia de una nefritis materna podría desarrollarse una diátesis hemorrágica capaz de conducir á un desprendimiento placentario. Desarrolló está tema en 1885, presentando á la Sociedad Obstetrico-Ginecológica de Berlin cinco casos clínicos.

Sigue el autor con una larga revista de casos de diferentes clínicos y presenta la observacion detallada de tres casos comprobados por él.

Examina luego el mecanismo y el lugar donde se producen estas hemorragias y cómo dan lugar al desprendimiento.

Termina su exposicion analisando las consecuencias clínicas de estas alteraciones placentarias y sienta estos dos hechos importantes:

1º Frecuente necesidad de interrupcion del embarazo.

2º Peligro de desprendimiento precoz de la placenta.

Estudia, como epílogo, la sintomatología, pronóstico y tratamiento del desprendimiento precoz.

Buenos Aires, Julio de 1893.

La enseñanza de la clínica médica en nuestra escuela

No ha muchos dias, la Facultad de Medicina rechazaba la introduccion de la tesis inaugural de uno de sus más distinguidos ex-alumnos, porque se hacia en ella una crítica severa de nuestra escuela, proclamando que carecíamos de direccion competente en la clínica como en el laboratorio y que el alumno, entregado á sus propias fuerzas, no podia realizar trabajo alguno, no ya bueno, ni siquiera mediocre.

No es nuestro ánimo discutir si la Facultad procedió bien ó mal al no admitir los párrafos á que acabamos de hacer referencia; pero séanos permitido observar, aunque no estamos conformes con esa crítica en todas sus partes, que no es imponiendo el silencio al discípulo no convencido que el maestro ha de probar el mérito de su enseñanza, y consignar con mucho agrado por cierto, que algunos profesores de la escuela, y de los más distinguidos, no han reservado su opinion decididamente adversa al rigor empleado en este caso y otros análogos.

Convencidos, pues, de que hay en el cuerpo docente de nuestra Facultad, hombres de nobles propósitos y entusiastas por su progreso, nos hemos decidido á hacer públicas algunas observaciones que más de una vez hemos manifestado á alguno de ellos, y que se refieren á una de las cátedras cuya primordial importancia no es discutible: la clínica médica.

Nadie ignora que ella constituye el fundamento indispensable de la instruccion prefesional y que, sin su conocimiento es pueril vanidad llamarse práctico, siquier la especialidad á que uno se dedique tenga la menor atingencia aparente con la medicina interna.

Es por eso que las escuelas de todos los países se han esforzado por hacer su enseñanza lo más completa posible y aunque no hemos de exceptuar de ese noble afan á nuestra Facultad, no es posible desconocer que, á pesar de su buena voluntad, hay aún tan grandes vacíos que llenar y es fácil notar deficiencias tantas, que es obra útil señalar-

las claramente á quien tiene el deber y, debemos creer, el deseo, de subsanarlas.

Dos cátedras de clínica médica existen en nuestra escuela y las dos están confiadas á muy competentes profesores. Pero ¿cuentan éstos con los elementos necesarios para dictar cumplidamente el curso á su cargo? Contestamos resueltamente que nó.

Desde luego, cada una de esas cátedras dispone solamente de 24 camas, y la persona menos exigente podrá juzgar si, por activa que trate de hacerse la renovacion de enfermos, basta ese exiguo número de casos prácticos para pasar revista, aunque sea medianamente, á las entidades más importantes de la medicina interna. Téngase presente tambien que en esa pequeña cifra están siempre comprendidos enfermos crónicos ó que permanecen mucho tiempo en la sala y otros que, por lo común de su enfermedad, ú otra causa cualquiera, no son utilizados para la enseñanza.

Por otra parte, en ese escaso número de enfermos, no hay ninguno del sexo femenino; la Facultad ha creído, parece, que el alumno de clínica médica no necesita ver mujeres. Es bien sabido, sin embargo, que ciertas enfermedades son peculiares á la mujer, ó poco menos; tal la clorosis con todo su cortejo de síntomas y signos físicos, causa tan frecuente de errores; que otras se presentan más comunmente en ella que en el hombre, la estrechez mitral pura, por ejemplo; que, en fin, la mujer presenta por sus órganos de la generacion, particularidades en la etiología, la sintomatología, y el tratamiento de muchas afecciones.

Y por algo debe ser que en las universidades europeas cada profesor de clínica tiene por lo menos un centenar de enfermos distribuidos en servicios para los dos sexos.

Otra gran deficiencia todavia: ninguna de las cátedras tiene un laboratorio oficial. Los esfuerzos de los médicos y practicantes, ayudados por la direccion del hospital han levantado en una como en otra sala un pequeño gabinete de análisis que apenas basta para los exámenes mas elementales de orina, esputos etc.; el mejor microscopio que allí

existe (modelo antiguo de Reichert), es propiedad de un profesor y carece de lentes que permitan un examen bacteriologico algo delicado.

Por lo demás, no hay al frente de esos laboratorios (si es posible llamarlos así), persona alguna especialmente preparada, y los practicantes de la sala tienen que improvisarse micrógrafos y decidir á veces las más difíciles cuestiones. Esos mismos practicantes levantan las historias de los enfermos, hacen las curaciones de la sala, etc. y por consiguiente, no deben disponer de mucho tiempo.

Pero, por lo menos, se dirá, ya que hay tan escasos elementos de estudio, los alumnos concurrirán todos los dias á las salas y permanecerán en ellas mientras dura la visita del jefe de clínica y del profesor. Nada de eso: no tienen clase sino tres veces por semana y esa clase no dura más que una hora (menos aún generalmente) tiempo en el cual apenas es posible ver dos ó tres enfermos. ¿A qué se debe tan poca asiduidad en los alumnos? ¿A qué el profesor no los atrae quizá? No lo pensamos, puesto que hay una imposibilidad material para que ellos concurran: están rigurosamente obligados á asistir en esas horas, á clases teóricas más ó menos poco provechosas.

Mas aun. Hemos dicho que son dos las cátedras de clínica mèdica; se creerá, por consiguiente, que los estudiantes pueden asistir á una y otra y que asi al menos, tienen á su disposicion más vasto material de estudio. La Facultad empero, se ha cuidado muy bien de impedirlo y, como si quisiera establecer rivalidad entre los profesores, mostrando cuál es el que atrae mayor número de oyentes, ha dispuesto que los dos dicten su curso los mismos dias y á la misma hora: los estudiantes están á ese objeto divididos en dos grupos, no segun su voluntad como podria pensarse, sino segun la órden de la Facultad.

Concluimos, pues:

El número de enfermos afectados á la clínica médica es enteramente insuficiente para las necesidades de la enseñanza. Es indispensable aumentarlo y destinar á ese objeto una sala de mujeres. Si esto no es posible, debe por lo

menos organizarse consultorios externos para hombres y mujeres que, debidamente atendidos, suministrarán más elementos para la cátedra.

Se hace menester la creacion de un laboratorio oficial ó la dotacion de alguno de los que existen, colocando á su frente médicos ó estudiantes debidamente preparados, sea que el laboratorio dependa de la cátedra de clínica médica ó de la de patologia general ó aun de la de anatomía patológica.

Debe dejarse libre la mañana á los estudiantes de 5º y 6º años, aboliendo de una vez las faltas de asistencia á las clases teóricas, y las clases de clínica médica (conferencias) deben darse por los profesores alternando de dia, y comprender por lo menos hora y media cada una de ellas.

Por último, los exámenes de clínica médica no deben durar quince ó veinte minutos. Es necesario dar al alumno el tiempo preciso para el examen del enfermo que debe ser hecho delante del jurado y exigirle la prueba de que realmente es capaz de diagnosticar su enfermedad y de tratarla.

La Facultad es responsable ante el público de que haya médicos que no tienen de tales sino el título.

Una observacion final. La Facultad nombra por concurso los profesores sustitutos que pocas veces reemplazan al titular; entretanto, los jefes de clínica que están en inmediato contacto con los alumnos, que, en realidad, le enseñan á examinar y tratar los enfermos, son nombrados á propuesta del profesor. Y el que no es amigo de éste, aunque sea sustituto por concurso, no llegará nunca á ser jefe de clínica y, por consiguiente, médico de sala.

Si bien los que actualmente desempeñan el puesto, y hacemos con mucho gusto esta declaracion, son realmente muy dignos de él, creemos que es más lógico y justo, á ejemplo de lo que se hace en otros países, nombrar á concurso y por uno ó dos años, los que deban ocupar ese cargo.

Con los más nobles propósitos, acabamos de hacer notar algunas de las deficiencias que existen en la enseñanza de la clínica médica; deficiencias que, en su mayor parte, no dependen por cierto de los profesores, médicos de talento é ilustracion reconocidas, y que, á nuestro juicio seria muy fácil remediar.

¡Quiera creerse que no nos guia otro interés que el progreso de nuestra escuela!

Buenos Aires, Julio de 1893.

G. A. A.

PREPARACIONES ANATÓMICAS DEL ÓRGANO DEL OIDO

Por el **Dr. César Milone**

EX-JEFE DE LOS TRABAJOS PRÁCTICOS DE ANATOMÍA
EN LA FACULTAD DE BUENOS AIRES

Medalla de plata de la seccion anatomía del Concurso Sud-Americano de Medicina, celebrado por el Circulo Médico Argentino en 1893.

Las piezas anatómicas que tengo el honor de presentar al Concurso Sud-Americano de Medicina, han sido hechas, no solamente con el fin de estudiar los principales órganos macroscópicos del oido en el hombre, sino tambien con el de orientar al especialista respecto á su disposicion topográfica.

El sistema de preparacion que he empleado en general, es original. Todas las preparaciones de oido que existen en el museo Orfila en París, así como tambien todas las que vienen de Europa, son hechas por *secciones* y frecuentemente terminadas con sustancia plástica para disimular así los desperfectos que se hacen al ejecutarlas. El método de preparacion que he puesto en práctica, pues, permite obtener piezas que pueden llamarse *sintéticas* ó *topográficas*, mientras que las preparadas por secciones son *auditivas* ó *descriptivas*. La preparacion Nº 1 es el hueso temporal dividido en dos por un corte especial, que sigue siempre una línea perfectamente estudiada. Ambas secciones del hueso están unidas por una visagra.

El corte empieza en la extremidad del peñasco, penetra entre el canal auditivo interno y carotideo, costea el caracol, divide el canal del músculo del martillo y el de la trompa de Eustaquio; sigue alrededor del canal carotideo, se incurva, corta el canal auditivo externo, dejando en su sitio el marco de la membrana del tímpano y abre, incurvándose nuevamente, la extremidad inferior del canal espiroideo de Falopio.

Como se ve, por medio de este corte se obtiene la ventaja siguiente: abiertas las dos secciones en que está dividido el temporal, pueden estudiarse los diferentes órganos del oído medio; unidas las mismas, se obtiene una idea completa de la situacion topográfica de los órganos mencionados.

En la seccion anterior del temporal están situadas una parte del canal auditivo externo óseo, otra de la cisura de Glasser, una porcion del canal del músculo del martillo, otra del canal de la trompa de Eustaquio y todo el canal carotídeo con los canalículos carotido-timpánicos.

En la seccion posterior que denomino *pieza principal* está situado: el oido medio óseo, es decir, el marco de la membrana timpánica, el canalito de la cuerda que sale del canal espiroideo de Falopio y el comienzo de la cisura de Glasser. En la pared interna, se ve el promontorio con el surco en el cual se aloja el nervio de Jacobsen, (*) el pico de cuchara, la ventana oval y la redonda. En la pared póstero superior, la abertura de las células mastóideas y entre la pared postero-interna y la superior está alojado el canal espiroideo de Falopio, que he preparado con pequeños agujeritos para poder ver un cordon colorado que indica el filete del 7º par. En la pared anterior, se percibe la abertura de la trompa de Falopio, el canal del músculo del martillo; cerrando la preparacion se ve en la parte inferior de esta misma pared los canalículos carótido-timpánicos. En la pared inferior puede verse la entrada del canal del nervio de Jacobsen. En el resto de la preparacion, por último, están en evidencia: el caracol y sus espiroides, el vestíbulo con sus aberturas, los tres canales semi-circulares.

La preparacion Nº 2 permite estudiar el oido óseo separado del peñasco.

(*) Con el objeto de marcar el canal he dejado en él una cerda negra. Esta penetra por la fosita yugular situada en la superficie inferior del peñasco, y por arriba se continúa con un canalículo que existe encima del pico de cuchara, donde recibe la rama anastomótica del petroso menor.

Por el preparado Nº 3 se ponen en relieve los detalles de la pared interna del vestíbulo con sus fositos cubiformes.

El preparado Nº 4 consta de dos secciones: la seccion externa pone de manifiesto la cuerda del tímpano desde su orígen hasta su terminacion y puede estudiarse además su relacion con el martillo y la membrana del tímpano; la seccion interna permite ver la membrana de Scarpa en la ventana redonda, el músculo de la pirámide y el tendon que va á insertarse en el estribo.

El grupo Nº 5 consta de tres preparaciones, las cuales están conservadas en alcohol; á este grupo denomino *síntesis.*

En estas tres piezas se pueden estudiar: el canal auditivo externo, la membrana timpánica, tanto por su cara externa como por su cara interna, el martillo, el yunque, el estribo con la base visto del lado del vestíbulo; la ventana oval, e *setimo par* que del conducto auditivo interno pasa á formar el ganglio geniculado, recibe los nervios petrosos, corre por el canal espiroideo de Falopio, suministra la cuerda del timpano que atraviesa el oído medio y termina en el nervio lingual, suministra el nervio auricular y por último se divide en rama cervico-facial y temporo-facial. Este mismo preparado pone de manifiesto el músculo del martillo con su tendon reflejo, el tendon del musculo que va de la pirámide al estribo, la trompa de Eustaquio, el caracol, el vestíbulo y los canales semi-circulares.

La pieza Nº 6 es una preparacion antigua, un poco destruida que conservo por la anomalia que se observa en el tendon del músculo del martillo. En este caso el tendon se divide en dos manojos, uno va al cuello del martillo (normal), el otro á la apófisis larga del martillo y á la membrana. Esta misma anomalía la cita Bassolo, de Torino.

Buenos Aires, 1893.

Profilaxia del paludismo y provisión de aguas corrientes á varias provincias argentinas

CONFERENCIA DADA EN EL CÍRCULO MÉDICO ARGENTINO

Por el **Dr. Eliseo Canton**

La primera medida profiláctica que deben adoptar las provincias donde el paludismo reina endémicamente, es la provisión de agua tomada en fuentes insospechables de todo gérmen morboso—Proyecto de ley sobre embalses para irrigación y provisión de agua potable á varias provincias —Conveniencia de salubrificar las ciudades antes que fomentar la agricultura—Sitios de donde se proveen de agua para bebida en la actualidad las ciudades de Salta, Tucumán y Jujuy—Razones científicas que reclaman para las mismas, la instalación de un sistema apropiado de aguas corrientes—Vías de entrada al organismo humano de los hematozoarios del paludismo—Manantiales que deben preferirse como fuentes de provisión de agua potable—La Rioja y Catamarca: escasez de agua y peligros que entraña el modo de aprovecharla—Obras públicas que reclaman—Conclusiones.

No es nuestro ánimo entrar á estudiar sistemáticamente una por una las medidas y procedimientos aconsejados desde tiempo de Sydenham hasta la época actual, á título profiláctico, para hacer desaparecer los focos de infeccion y mejorar el estado higiénico de las comarcas palustres.

Del agotamiento de las aguas estancadas durante el invierno; de las plantaciones de árboles y especialmente del eucaliptus, por su rápido crecimiento y extraordinario poder absorbente, en los sitios bajos y cenagosos que tanto abundan en nuestras provincias palustres; del drenaje hecho por medio de canales abiertos al aire libre ó con tubos subterráneos según las localidades y valor de la propiedad, y de tantas otras conquistas de la higiene sanitaria moderna que jamás debían olvidar gobernantes y gobernados, nos hemos ocupado repetidas veces en libros y folletos, razon por la cual nos excusamos de volver sobre ellas.

Ahora tan sólo entra en nuestro propósito encarar la cuestión sobre profilaxia del *chucho* (para emplear un término nacional, aunque no científico) por una sola de sus faces, por la más importante quizá, por la que más directa é íntimamente toca al individuo, cual es, la de las condiciones especiales que debe reunir

el agua que se destina al consumo de las poblaciones donde reina endémicamente el paludismo, tanto bajo el puuto de vista de su composicion, como el no menos importante de su procedencia.

Al emprender esta tarea, lo hacemos porque desde tiempo atrás venimos reuniendo los elementos necesarios para llevarla á cabo, porque la reputamos de trascendental importancia para el norte de la República, y finalmente, si la damos á la publicidad en estos momentos, es por considerarla de oportunidad palpitante.

El proyecto de ley remitido últimamente por el Ejecutivo Nacional al H. Congreso solicitando un crédito de dos millones y medio de pesos para construir obras destinadas á embalsar el agua en las provincias de La Rioja, Catamarca, San Luis, Salta y Jujuy, á objeto de desenvolver, por medio de la irrigación, las fuentes de riqueza agrícola y de proveer de agua potable á sus habitantes, ha sido causa de que experimentemos la más viva satisfacción, al ver sobre todo en su última parte, el triunfo de viejas convicciones.

Aplaudimos sinceramente la simpática como importante iniciativa tomada por el señor Ministro del Interior, en materia agrícola sanitaria, provocando la cuestión más trascendental para los intereses generales del país, que ocupará la atención del Honorable Congreso en el presente período legislativo; pero nos será permitido disentir, no obstante el gran respeto que nos merece la elevada intelectualidad del autor del proyecto, en cuanto á la forma y extension que se le propone dar.

A nuestro modesto criterio, y sin entrar como profanos en el estudio de la faz legal del proyecto, en cuanto sustrae á las provincias la facultad de disponer dentro de sus resortes constitucionales del uso y distribucion de sus aguas, las razones que abonan el proyecto no son idénticas para todos los Estados federales, y por lo tanto los beneficios que en virtud de ella se esperan obtener, no podrán aplicarse por igual á todas las provincias englobadas en el mismo.

En algunas provincias, como Salta y Jujuy, sobra el agua para la irrigación y fomento de la agricultura, pero sus ciudades capitales se ven privadas de ella en las condiciones de potabilidad

que la higiene pública reclama, mientras que en otras, como La Rioja, por ejemplo, carecen de agua para todo, teniendo que turnarse en el uso de la muy poca que existe entre el hombre y las quintas, pues cuando la poblacion bebe, el regadío se suspende, y recíprocamente.

Cuando los recursos de que se dispone son limitados, hay necesidad de encaminarlos por el sendero que conduzca á la mayor fuente de aprovechamiento posible. El proyecto de dar á cinco provincias, agricultura y salud, con dos millones y medio de pesos, es magno en un sentido y raquítico en otro; y como el estado financiero de la Nacion no se halla en condiciones de establecer el equilibrio, duplicando ó triplicando la partida propuesta de dos millones y medio, es mas lógico y natural distribuir esta suma, atendiendo á las necesidades más apremiantes de los Estados que las reclaman, es decir, salubrificándolos.

Las razones fundamentales, y tal vez únicas aducibles que ponen al Gobierno Nacional con su tesoro comprometido en el caso de ayudar á las provincias con obras públicas, siempre dispendiosas, son las que se basan en las leyes de salud pública: *salus populi suprema lex est.*

Antes que fomentar la agricultura es necesario asegurar la salud de los habitantes. Sin brazos robustos y sanos no hay agricultura posible.

Hágase desaparecer el *chucho* de las regiones donde es endémico, ó por lo menos propéndase á su disminucion, y garantimos que la agricultura se desarrollará sola. Los brazos van donde existe tierra fértil como la de las provincias del Norte, pero el temor de la malaria detiene su paso. Combatir el paludismo, es pues, fomentar la agricultura.

Si se quiere un ejemplo, sin recurrir al extranjero, ahí está Tucuman, tanto más cultivada cuanto menos combatidos por el *chucho* se ven sus habitantes.

No se entienda que, ni remotamente, tratamos de oponernos á que las provincias de Salta y Jujuy disfruten de los beneficios de obras de irrigacion costosas de por sí y no de absoluta y urgente necesidad en estos momentos, sino que desearíamos vivamente que los fondos que esas obras demandaran, sean empleados en

la dotacion de aguas corrientes que los habitantes de sus capitales necesitan, más que los de otra alguna, por razones de la constitucion médica allí reinante.

Cuando hay imposibilidad de hacer todo lo bueno que se desea, deben limitarse las aspiraciones á ejecutar lo más útil y necesario.

Sostenemos que las provincias de Salta y Jujuy y hasta la de Tucuman misma, tienen necesidad, antes de pensar en el fomento de su agricultura por medio de embalses, de preocuparse seriamente de mejorar las condiciones climatéricas del medio ambiente en que viven y se desenvuelven sus habitantes.

El paludismo endémico en las ciudades del Norte—por más que algunos hijos patriotas lo nieguen con toda seriedad y á despecho de la lividez típica de sus rostros anémicos, que los desmiente—es una enfermedad que mina incesantemente el organismo, que destruye el ser físico y enerva la entidad moral, que priva al hombre de sus más nobles iniciativas, y lo que aún es peor, que degenera la especie humana. ¿Queréis la prueba? recorred aquellas poblaciones en el verano, bebed el agua consumida por ellas; no hay que fijarse mucho en la raza para encontrar indicios ciertos de regresión, y á la vuelta, estoy seguro que me daréis la razón y tambien de que muy probablemente seréis mi cliente ó de algún otro de mis colegas.

Y se preguntará: ¿es posible encontrar el medio de combatir con eficacia tanto mal que mina las generaciones actuales y degenera las venideras?; y respondemos que sí, y fácilmente: dotando de agua no infestada á las ciudades.

Hoy en día, los habitantes de la ciudad de Jujuy toman el agua del río Chico y de los pozos del interior de las casas; los de Salta del río de Arias, conducida por aguadores, y de los pozos cuya capa líquida dista de uno á dos metros de la superficie del suelo; y finalmente los de Tucuman, que la obtienen de los algibes, pozos y del Manantial.

Todas estas corrientes líquidas, se hallan muy distantes de ofrecer al higienista un agua con los requisítos de bondad que las últimas conquistas de la ciencia sanitaria nos permiten exigir, pues si bien es verdad que todas ellas al nacer son realmente puras, no lo es menos que, corriendo por los valles y llanuras

donde las fiebres palustres son endémicas, las aguas se contaminan y pierden su pureza originaria.

Y si esto pasa con el agua de los ríos que surten aquellas poblaciones, ¿qué se dirá de los pozos negros como fuente de provisión de agua para ciudades civilizadas, sobre todo cuando existen pozos como los de Salta, donde su poca profundidad permite sacar agua directamente con un jarro en la mano?

La primera medida de higiene sanitaria que las provincias de Tucuman, Salta y Jujuy deben á toda costa adoptar, solicitando el concurso del Gobierno Nacional, como acaba de hacer Mendoza mediante un empréstito de 300.000 pesos, ó bajo otra forma cualquiera, es la provisión de aguas corrientes en buenas condiciones de potabilidad, química y sobre todo microbiológicamente hablando.

La ciudad de Tucuman reclama obras de esta naturaleza por la doble razón de su clima ardiente, como que pasa por ella la isoterma de *mas* 20° y por la más atendible aun del paludismo que no ha desaparecido; y las de Salta y Jujuy, cuyo clima ofrece mayor benignidad por razones de altitud—*mas* 17°, y *mas* 16° respectivamente como promedio anual—las exigen también como el medio más eficiente para desterrar el *chucho* de su seno.

Todas las opiniones estarán contestes en reconocer que la verdadera profilaxia de las fiebres intermitentes, consiste en tomar agua privada de gérmenes de infección.

La fama extraordinaria que en otros tiempos alcanzaron el uso exclusivo para bebidas de las infusiones de té y sobre todo de café, como precaución segura contra las tercianas, en los obreros ocupados en la construcción de vias férreas ó apertura de caminos en países palustres, se explica racionalmente en la actualidad, no por una acción específica imputable á principio alguno de aquellas infusiones aromáticas, sino debida única y exclusivamente al uso de una clase de agua purificada por la ebullición que había destruido todo agente patógeno.

Los autores que con mayor perseverancia estudian la patogenia de las fiebres palúdicas, hállanse acordes en reconocer dos vías de entrada al organismo, para sus principios infecciosos: la pulmonar y la gástrica.

La primera reconocida y aceptada desde muy antiguamente, como que á ella debe la enfermedad uno de sus nombres, *malaria*, significativo de mal aire, es sin duda la de más fácil acceso al organismo cuando recorriendo las campañas palustres se respira el aire ambiente en los focos originarios del *chucho*, y puede adquirirse la enfermedad por esta via, aún en el caso de haberse tomado siempre agua perfectamente hervida.

En los centros de población donde la higiene urbana aleja los focos del paludismo, la contaminación tiene lugar más probablemente por la vía gástrica mediante el uso de una mala clase de agua.

Aunque no se conozca bajo qué forma ó estado se encuentra en el aire y agua, el *hematozoario del paludismo*, que se observa en la sangre de los chuchentos, existen numerosas observaciones que autorizan á creer que esos microorganismos tienen principal acceso por el aparato digestivo.

Así se concibe cómo entre individuos de una misma comitiva al recorrer comarcas palúdicas, los que bebian tan solamente agua hervida escapaban á la infección, y los que no tomaban esta precaución adquirían la fiebre.

Otro hecho en corroboración de esta tesis, es el referido por Laveran, de que pueda contraerse el paludismo en localidades muy sanas, tomando el agua que procede de regiones donde es endémica la malaria.

Podemos añadir, para no pedir siempre ejemplos al extranjero, una observación personal hecha en nuestro propio país.

Cuando en el verano de 1888 dirigíamos el establecimiento balneario del Rosario de la Frontera, habían alrededor de 200 operarios ocupados en la construccion de varios pabellones y cuerpos del edificio.

Todo este personal, sin excluir el director, abandonaba por mil razones el establecimiento diseminándose en la villa y por las cercanias del mismo, bebiendo agua en abundancia para calmar la sed: pues bien, todos sin una sola excepcion, director, empresarios, albañiles, peones, adquirimos el *chucho* y á algunos les costó la vida, mientras que varias personas de nuestra familia y domésticos del establecimiento, que tan solo tomaban el agua

enfriada de las fuentes silicosas, aguas que al nacer traen la elevada cifra térmica de 97°c. y de cuya pureza no se puede dudar, permanecieron absolutamente indemnes.

Se ha dicho y con razon, que el jugo gástrico mata las amibas é infusorias contenidos en las aguas de consumo, pero si esto es verdad tratándose de estómagos en perfecto estado fisiológico, deja de serlo para tantos casos en que este órgano se encuentra debilitado y sobre todo cuando la ingestion de una gran cantidad de agua provocada por los calores del estio, diluye considerablemente las secreciones del aparato gastro intestinal, privándolo así de su accion protectora.

No hay, pues, que confiarse á los solos esfuerzos preservadores de la naturaleza. Los buenos estómagos triunfan, y es por esto que se ven algunos sujetos refractarios á la fiebre, pero los débiles, que son los más, sucumben en la lucha. Los *hematozoarios* atraviesan las túnicas intestinales, como tantos otros parásitos, y van á seguir sus evoluciones destructoras en el torrente circulatorio y glándulas vasculares sanguíneas.

Adquirido el convencimiento de la necesidad que hay de proveer á las ciudades donde reina endémicamente el paludismo de agua insospechable, tomada al nacer, antes de que sea posible contaminacion alguna, ó procedente de regiones no palustres, preguntamos, si para Tucuman, Salta y Jujuy, existen posibilidades de encontrar manantiales de provision que reunan semejantes requisitos.

Parece que la naturaleza hubiera colocado siempre el remedio, al lado del mal. Sus condiciones topográficas é hidrográficas favorecen de tal modo á las provincias citadas, que desde una distancia que varia entre una y dos leguas, puede llevarse á sus ciudades capitales, por simple desnivel, sin gastos en depósitos de gravitacion ni bombas elevadoras, agua abundante y pura proveniente de las montañas vecinas y libre del alcance de todo agente morboso.

No debe ni pensarse en aprovechar las corrientes que recorren las llanuras por razones de proximidad y ni aun en el caso de que el análisis químico clasifique sus aguas de potables, por el peligro de la infeccion hematozoárica ya indicada.

Tucuman tendrá que elegir como fuente de provision de agua para la ciudad, la que lleva el rio Lules, tomándola en la quebrada del mismo nombre, ó bien las de varios manantiales que van á constituir las corrientes de Tafí Viejo, como lo proyectó Meiggs, Son y Cª., pero teniendo en cuenta en este último caso especial cuidado en recoger el agua en sus yacimientos mismos, por cuanto en toda la falda donde se encuentran dichos manantiales flajela el *chucho.*

Salta posee á corta distancia hácia el oeste y en el mismo valle de Lerma, el sitio más indicado para establecer su toma de provision de agua. Por la quebrada de San Lorenzo y golpeándose sobre gruesos peñascos desciende un torrente de agua purísima y bien aereada, que con muy poco trabajo y costo seria conducida á la ciudad, llevando así á la poblacion salteña el factor más importante para su bienestar y progreso.

Jujuy, sitiado por montañas y entre dos rios barrancosos, se verá igualmente por las consideraciones que dejamos aducidas, en el caso de ir á buscar los nacimientos del rio Chico, el menos caudaloso, para conducir en cañerias cerradas por simple gravitacion todo el caudal de agua reclamado por la poblacion.

En esta provincia y tambien en las anteriores se han hecho varias tentativas para provision de aguas corrientes, pero todas han muerto al nacer, de anemia, no palúdica, sino pecuniaria.

Por ser la mas distante de Buenos Aires, referiré que en Jujuy, muchos años atrás, un señor Agustin Borus, agrimensor, verificó algunos estudios y hasta hizo lo posible para llevarlos á la práctica, conservándose aún varias cuadras de una cañeria de barro cocido y dos depósitos que al parecer debian ser distribuidores. Como se ve, los jujeños, no por estar mas lejos, son los últimos en iniciativas progresitas.

Dada nuestra opinion sobre la gran utilidad que existe en que el Gobierno Nacional auxilie á las tres provincias verdaderamente palúdidas que tiene la República, para el establecimiento de su servicio de aguas corrientes, y sobre los sitios ó puntos de toma que deberán preferirse, volvamos á

ocuparnos del proyecto enviado á las Cámaras con relación á las Provincias de la Rioja y Catamarca.

El paludismo no puede dar fundamento para que la Rioja y Catamarca tengan motivos serios á solicitar del P. E. de la nacion su concurso para establecer un sistema cualquiera de provision de agua, pues en ellas el *chucho* no es endémico; aparece rara vez por circunstancias accidentales y la naturaleza silicosa y permeable del suelo, así como la escasez de las lluvias, no le permiten radicarse.

La razon seria que para ellas hay, es la que asiste á todo sediento que necesita de agua para vivir. Cuando fuí á la Rioja tuve que llevar un barrilito con agua para no morir de sed en el viaje, y digo en el viaje, porque en la ciudad ya se encontraba agua para tomar, siempre que no rieguen las quintas, se entiende.

A La Rioja se le debe dar todo lo que el proyecto del señor Ministro del Interior desea, cual amante padre, hacer extensivo á cinco provincias, es decir, dinero para que embalse en la quebrada de los Sauces y en el mismo sitio donde los jesuitas principiaron á construir el dique cuyos vestigios se conservan todavia, toda el agua que sea posible para la irrigacion de un área de tierra que dé vida propia á la capital de la Provincia, y dé razon de ser á la existencia de un canal cerrado,—para evitar la evaporacion y los baños probablemente—que se extienda desde la sierra de Velasco hasta las inmediaciones de la ciudad, pero hasta la fecha no ha tenido el honor de recibir una sola gota de agua.

Y finalmente; La Rioja necesita tambien dinero para cambiar su sistema de provision de aguas corrientes por otro algo más civilizado y menos primitivo. Cuando el viajero se dá cuenta de la manera como se usa y aprovecha, para el consumo y para todas las necesidades de la vida diaria, el pequeño y único caudal líquido que alimenta dicha poblacion, no puede menos que admirarse de que en La Rioja aún existan riojanos vivos.

En el pequeño arroyuelo que nace del cuello del Sanagasta, se baña una buena parte de la poblacion y sirve de abre-

vadero á toda clase de ganado. Luego estas aguas así preparadas, llegan á la ciudad por el boulevard Sarmiento, donde tambien se bañan los pilluelos y animales diversos, para dividirse fraccionándose en pequeñas corrientes que recorren la via pública por los cordones de las veredas, disolviendo y arrastrando cuanta inmundicia hay en las calles, para entrar por albañales abiertos en los zaguanes de cada casa, hasta el interior de las mismas, donde se la deposita en pequeños fosos si la casa es pobre y en el algibe si es de familia acomodada.

Los algibes no comunican con las azoteas, porque no llueve sino cada seis ú ocho meses.

Con tan singular aprovisionamiento de agua potable diremos, puesto que se bebe, el menos avisado descubre un peligro inminente para la salud pública el dia que la mala fortuna lleve á esa ciudad cualquier enfermedad de naturaleza infecciosa y lo que no tardará mucho en suceder el dia ya próximo en que el ferrocarril salvando el desierto, levante el sitio que los llanos de La Rioja tienen establecido á la ciudad capital.

La cantidad de agua es tan reducida que el Gobierno tiene que repartirla por turnos á los distintos barrios de la ciudad.

Catamarca tiene el mismo ó muy parecido sistema de provision de agua; las pequeñas acequias atraviesan por el centro de las manzanas, y al pasar las calles están cubiertas por puentes, pero los peligros de una rápida y funesta infeccion son iguales.

Desde pocos años atrás, existe un caño de hierro que trae agua de buena clase á las pilas de la plaza, alimentando de paso varias llaves colocadas en distintos puntos de su trayecto y donde los vecinos pueden servirse sin limitacion el agua que necesitan. Ese conato de provision de aguas corrientes, constituye un esfuerzo que bien merece una ayuda eficaz para llevar á término obras que impuso la necesidad y que paralizó la pobreza.

Este solo caño que recorre la calle República, una de las mas importantes, toma el agua del arroyo del Tala, corriente que desciende al valle de Catamarca de las sierras del Oeste. Las aguas de esta corriente que se reparten por la ciudad, reunen buenas

condiciones de potabilidad en los meses del año en que los paisanos no queman los campos, pues cuando operacion tan inútil como perjudicial se practica y sobrevienen lluvias, las aguas de tormenta arrastran las cenizas hasta el cauce del arroyo y en pocos minutos recibe la poblacion un agua con la cual se puede escribir, tal es lo negra que se pone.

Práctica tan rutinaria y sin razon de ser, debería estar ya abandonada si hubiera la decision necesaria de parte de las autoridades respectivas.

Por sus condiciones meteorológicas é hidrográficas, Catamarca ha sido más favorecida por la naturaleza que la provincia de La Rioja. Tiene agua para el consumo de su poblacion sin requerir embalses previos.

El ingeniero nacional Sr. Adolfo Keravenant, que hace desinteresadamente estudios para la dotacion de aguas corrientes, nos ha manifestado que su establecimiento sería uno de los más fáciles, pues se conservan obras ejecutadas en el gobierno del general Navarro, fácilmente aprovechables.

El rio del Valle conduce por su parte un regular caudal líquido, siendo él al cual debe el valle de Catamarca su fertilidad; es fuera de toda duda que la construccion de algunas obras de canalizacion que faciliten el reparto y mejor aprovechamiento de sus aguas, importaria dar impulso poderoso al desenvolvimiento agrícola de la Provincia.

Repetimos no obstante con relacion á Catamarca, lo dicho anteriormente al hablar de Salta, Jujuy y Tucuman: por razones de su clima ardiente y por el peligro que constantemente corren sus pobladores con el sistema criollo de provision de agua, deben posponerse, hasta que el tesoro nacional salga del estado precario en que se encuentra, las obras de irrigacion, ante los intereses mejor entendidos de la salubridad pública.

Para terminar, resumiremos nuestra tesis en las siguientes conclusiones:

Que existiendo el paludismo bajo la forma endémica en las provincias de Salta, Tucuman y Jujuy, la primera medida profiláctica que debe adoptarse, es la dotacion de aguas corrientes á sus

ciudades, tomándola de sitios donde toda contaminacion sea imposible.

Que por razones de higiene general y dado el deplorable como peligroso sistema de provision de agua para consumo de la poblacion, que tienen las provincias de La Rioja y Catamarca, se impone análoga medida.

Que es deber de todo gobierno promulgar leyes que protejan en primer término la salud pública, y despues recien pensar en fomentar la agricultura.

Y finalmente, que habiendo manifestado las autoridades nacionales el plausible deseo de favorecer á varias provincias con obras de embalse de agua destinadas al fomento agrícola de las mismas, y propuéstose invertir hasta la suma de dos millones y medio de pesos—cifra de todo punto insuficiente, segun opinion de ingenieros conocedores de las provincias—nosotros, con el interés de provincianos y mirando con ojos de higienistas, veríamos con mayor satisfaccion que esa suma y talvez algo menos, fuera destinada á dotarlas de un conveniente sistema de provision de aguas corrientes, que con la salud, llevaria el bienestar y la felicidad á una buena parte de la familia argentina.

Buenos Aires, Julio 27 de 1893.

EL PROFESOR PETER

Cómo van desapareciendo aquellos viejos ilustres que hemos conocido por sus libros inmortales y que hemos aprendido á amar por el agradecimiento que despierta su accion fecunda!

Peter, el famoso profesor que ha ilustrado la medicina contemporánea, ha muerto.

Ha caído cuando aun la ciencia debia y podia esperar mucho de su claro talento, consagrado por espacio de 40 años al estudio y á la investigacion.

Le conocí durante los cursos de 1888-89 en el hospital Necker, donde daba sus lecciones, que un público formado por hombres de diferente países, escuchaba y aplaudía.

Y eran ciertamente bien merecidos los respetos que se le tributaban.

Era el profesor Peter una personalidad universal, que reunia en sí la serenidad de juicio de los grandes maestros; el tino clínico de los más experimentados prácticos; la elocuencia en el decir que solo brota al calor de la conviccion, y esa bondad ingénita de los espíritus superiores predestinados á ser los guias del pensamiento á través de las incertidumbres de lo desconocido.

En la cátedra que ha inmortalizado era no solo Peter el maestro eximio en el diagnóstico de los padecimientos humanos, sino que era tambien el genio profético que se anticipaba á las glorias del porvenir saludando en la ciencia médica del siglo XIX, por él llamado «siglo de Laennec», las grandezas que la historia proclamará en la marcha ascendente de los sucesos futuros.

«Para el siglo XX, decia en 1877, presagio con seguridad que valdrá tanto como su antecesor!

«Ya me parece verlo, pues si bien yo no le veré vibrante, enérgico y lleno de savia, veo al menos sus inmediatos precursores; estos precursores, sois vosotros, vosotros los jóvenes, los entusiastas. Andad, lanzaos al porvenir, llenos de fé en el trabajo que moraliza y fecunda; haced que el siglo que viene sea aún más grande que el que se va, y habeis merecido bien de la medicina y de la humanidad.»

Así se expresaba en su leccion inaugural de clínica médica; y del resultado práctico de esta solemne incitacion al trabajo responden las obras que sus discípulos han publicado haciendo honor al profesor y á la ciencia toda.

Michel Peter nació el 5 de Noviembre de 1824, y su fecunda vida se compendia así: Primer interno en el concurso de 1854; doctor en 1859; jefe de clínica en 1863; profesor agregado en 1866; médico de los hospitales en el mismo año; profesor de patología interna en 1877; miembro de la Academia de Medicina en 1878; profesor de clínica médica en 1886.

Fué el discípulo predilecto del gran Trousseau, de quien recibió el encargo de publicar sus lecciones clínicas.

Las obras principales de Peter, son: «Recherches sur la diphtérie» (1859). «Les maladies virulentes» (1863). «Sur l'angine diphtéritique» (1866). «Les maladies du larinx» (1869). «Le-

çons de clinique médicale» (1878). «Traité clinique et pratique des maladies du cœur et de la crosse de l'aorte» (1883).

A sus condiciones de clínico sagaz, unia Peter las de polemista de fuerza. Las discusiones sobre la vacunacion antirrábica primero, y sobre las inoculaciones de la linfa de Koch contra la tuberculosis despues, le revelaron hombre de empuje en el ataque; y el orador mesurado y pulido, de fama bien adquirida por sus disertaciones teóricas y clínicas, mostró ser en aquellas circunstancias espíritu excepcionalmente dotado para la crítica insinuante y para la sátira.

Las actas de la Academia de Medicina registran sus discursos, que si reflejan gran valor de convicciones, reflejan tambien gran apasionamiento.

Fiel á sus doctrinas, murió sosteniendo sus creencias.

Pasteur, á quien había combatido sin piedad, con la hidalguia de los grandes caracteres se descubrió ante el cadáver de su adversario, y acompañó á su familia asociándose á su duelo.

En cumplimiento de su voluntad, en el entierro de Peter no se pronunciaron discursos. Su cuerpo descansa en Versailles.

Buenos Aires, Julio de 1893.

SAMUEL GACHE.

BIBLIOGRAFIA

Zavaleta Manuel A.—Ex-Interno por concurso del Hospital Rawson—*Cirujia del raquis;* tesis inaugural; 122 páginas; Buenos Aires, 1893.

El autor ha tenido la discrecion de no hacer preceder su trabajo por una de esas introducciones en que se divaga sobre la medicina entera, se formulan cargos á la Escuela, ó se trata de enseñarle el camino que debe seguir.

Empieza exponiendo el plan de su estudio, que me parece excelente: «1º Compresion de la médula; sus causas, su mecanismo, y sus complicaciones; 2º Fisiología patológica de la compresion medular en las diversas regiones; 3º Regeneracion de la médula; 4º Indicaciones y casos clínicos; 5º Métodos de intervencion.»

En el primer capítulo el autor se ocupa de las diferentes causas de compresion de la médula. A propósito de la tuberculosis vertebral estudia las degeneraciones de la médula y de las raices nerviosas debidas á la compresión ó á la propagacion inflamatoria, y atribuye á esas degeneraciones un gran papel en la génesis de los desórdenes funcionales del mal d Pott.

El estado de la médula y de las raices espinales en las fracturas vertebrales acompañadas de síntomas medulares no está suficientemente descrito. Hubiera sido mejor decir que casi siempre se ha encontrado la médula completamente destruida, que discutir si se trata en esos casos de una compresion instantánea ó permanente.

El capítulo segundo está destinado á la enumeracion de los síntomas que dependen de la compresion medular.

El capítulo tercero trata la cuestion de la regeneracion medular muy superficialmente. El autor se cree, sin embargo, autorizado á creer «que es indudable la regeneracion funcional».

La parte que trata de las indicaciones, á que están anexas las observaciones clínicas, es la más importante del trabajo.

El doctor Zavaleta no cree que haya elementos para decidirse definitivamente por la intervencion tardia ó la precoz en el mal de Pott, pero declara simpatizar mucho mas con esta última. Registra cinco observaciones de intervencion por mal de Pott, hechas en el hospital Rawson. El primer caso es un éxito operatorio. Los otros cuatro terminaron por la muerte respectivamente á los 32, 3, 26 y 30 dias de la operacion.

Las observaciones son incompletas. Lo mas extensamente descrito en ellas es el acto operatorio; así mismo despues de leerlas uno no sabe por qué en el primer caso se resecaron las apófisis trasversas de las vértebras duodécima dorsal y primera lumbar. En la misma historia se hace tambien una omision imperdonable: no se consigna el estado funcional de los miembros inferiores, despues de la operacion, que antes de ésta estaban casi paralizados.

El autor sostiene la bondad de la intervencion en las fracturas del raquis. No desconoce que hay numerosos casos en que no puede dar resultado ventajoso alguno, por estar la médula destruida; pero hace notar que no se les puede distinguir clínicamente de los de simple compresion por fragmentos, en que

la operacion es muy benéfica; aparte de que en los primeros tampoco hay nada que esperar de los otros tratamientos. Registra dos observaciones inéditas de intervencion sangrienta por fractura vertebral; la primera en la region lumbar, la segunda (hospital San Roque) en la columna cervical, fracturada por una bala. Los dos casos terminaron por la muerte.

Como ejemplo de intervencion por tumor raquideo, la tesis que analizo trae la observacion de un caso de lipoma congénito de la aracnoides lumbar, tratado por la estirpacion, y muerto de meningo-mielitis ascendente.

El último capítulo se ocupa de la técnica operatoria. En él se encuentran sucesivamente descritas la laminectomia, la movilizacion lateral del cilindro meningo-medular, que da acceso á los cuerpos vertebrales, el drenaje prevertebral de Vincent, y la reseccion temporaria de los arcos vertebrales. Está descrita y figurada una pinza incisiva inventada por el doctor Llobet para hacer con facilidad la laminectomia.

La tesis del doctor Zavaleta es un trabajo bien meditado, que se recomienda por sus condiciones de erudicion, y por el espíritu científico que lo ha inspirado.

Gusta ver una disertacion basada sobre observaciones que no son éxitos, cuando es tan comun que solo se dé publicidad á los casos felices.

JUAN B. JUSTO.

Buenos Aires, Agosto 5 de 1893.

Cavia Manuel S. (hijo)—*Accion del estómago sobre el cerebro;* tesis inaugural, 44 páginas. Buenos Aires, 1893.

El autor empieza por la anatomia del estómago, el nervio neumogástrico y su accion, que explica lijeramente, para entrar de lleno en lo principal que es el conocimiento de las relaciones del estómago y el cerebro.

Estudia con recto criterio la unidad del organismo, ese encadenamiento progresivo de fuerzas que se auxilian y se complementan como él dice; y así iniciado con ideas bien meditadas entra á discutir ciertos fenómenos orgánicos y su mecanismo, tales como la nutricion, digestion, etc.

En el dominio de la patología, el Dr. Cavia analiza el linfatismo, las alteraciones de la primera infancia, las dispepsias,

la neurastenia, la inanicion, la dilatacion del estómago, el carcinoma de esta viscera, la gota, la litiasis biliar, la polisarcia, la histeria, las melancolias, la hipocondria, etc.

El autor compendia su pensamiento diciendo: «Toda la patología del estómago podia pasarse en revista y se desprenderia la exactitud de mi tesis: que no hay alteracion digestiva, por leve ó grave que ella sea, que no imprima su fisonomía al cerebro á tal punto que se legitima científicamente aquel proverbio que dice: «dime qué comes y te diré quién eres.» Aun, mas: las afecciones que dependen secundariamente del estómago dan idénticos resultados que aquellos que derivan directamente de dicho órgano. La gota hace díscolos á los hombres; la litiasis biliar vuelve insociable al mas culto; la obesidad dulcifica los caracteres, etc.»

En seguida el Dr. Cavia se contrae á otro órden de considerar y pregunta directamente: ¿Es posible prevenir y combatir las alteraciones del cerebro, las modalidades enfermizas del carácter y todas sus funestas consecuencias? Por árdua que considere la cuestion, la estima soluble.

Evitar el abandono de los niños, de esos desheredados que van al torno; dirigir convenientemente la instruccion primaria y secundaria; esquivar las causas de deterioro que las exigencias sociales brindan con sus atractivos; mejorar las condiciones de vida de las clases obreras, y otros, son los medios que el autor señala como conducentes para alcanzar la perfectibilidad física y psíquica del individuo.

El Dr. Cavia, expíritu distinguido y observador, ha desarrollado su tesis á la luz de un criterio propio: las ideas que en ella emite le pertenecen, y le revelan como un pensador que se inspira en el conocimiento de las imperfecciones humanas para evitarlas y aconsejar lo que racional y científicamente conviene al efecto.

S. G.

Bustamante Samuel S. de, Interno del Hospital Rawson: *Determinaciones de la grippe sobre el aparato respiratorio*— Tesis inaugural, 103 páginas, Buenos Aires, 1893.

Pocos temas de actualidad más interesantes y que, despues de las últimas epidemias, sea posible tratar con más vasto material de observacion, que el escogido por el autor del trabajo

sobre que deseamos dar alguna idea, ya que no podemos juzgarlo extensamente por falta de espacio.

El primer capítulo se ocupa de la historia de las epidemias de grippe en Europa y en nuestro país.

Se estudia en seguida las causas de la mortalidad por la grippe (infecciones secundarias, pulmonares en la gran mayoria de los casos) insistiendo particularmente en la importancia que tiene la recaída á este respecto.

Varios capítulos están dedicados á las determinaciones pulmonares de la influenza. Las bronquitis, bronco-pneumonias, fluxiones de pecho, pleuresias, pneumonías grippales, etc., son extensamente tratadas con acopio de datos clínicos y sin los reatos que el espíritu de secta ó el respeto exagerado por los maestros suelen imponer á autores noveles. La opinion de que la bronquitis es indispensable á la grippe (G. Sée) es rechazada justamente, si bien se acepta que es una de sus más ordinarias manifestaciones.

Permítasenos señalar, en esta rápida revista, algunos puntos en que no estamos conformes con el autor.

Dice en la pág. 57... «Los tipos de pneumonia abortiva de Charcot y pneumonia efímira de Leube ó congestion pulmonar idiopática de Woillez, confinan por sus lesiones y por sus síntomas con los de la pneumonia catarral á tal punto, que es necesario, segun Grasset, borrar este nombre de las determinaciones grippales para sustituirlo por el de *fluxion de pecho* que abarca y comprende todos los casos.» El autor parece dispuesto á aceptar semejante confusion que, no tememos decirlo á pesar de la opinion de Grasset, es enteramente infundada y arbitraria, puesto que los síntomas, la evolucion y la anatomía patológica son absolutamente diferentes. Por lo demás, él mismo lo confiesa cuando en la pág. 69 dice: «Así la fluxion de pecho á forma localizada al pulmon, la hemo-pneumonia de Woillez, *se parece mas á la pneumonía franca que a la bronco-pneumonía* sobre todo en el adulto; su debut es rápido, el escalofrio y la puntada de costado son fenómenos iniciales; la disnea no adquiere la intensidad brutal del catarro sofocante, la tos es rara, la espectoracion es gomosa con estrias de sangre», etc. ¡Y cuánta mayor diferencia aún en la anatomía patológica!

Agregaremos que creyendo aceptable la idea de que existen bronco-pneumonias abortadas, nos repugna, siempre á pesar

de la opinion de Grasset, dar el nombre de fluxion de pecho á esas como á otras congestiones pulmonares que sobrevienen en el curso de la grippe, puesto que se designa con aquel calificativo afecciones agudas *enteramente primitivas*, pneumonias abortadas, debidas probablemente al pneumococus de Frankel.

Muy conformes con el Dr. Bustamante cuando considera la pneumonia de la grippe como una enfermedad distinta de ésta y desarrollada en el terreno por ella preparado. «La latencia de sus síntomas ruidosos, agrega, la gravedad de algunos fenómenos, la delicadeza de su larga convalecencia, son elementos nacidos de la grippe, que altera la evolucion cíclica de la pneumonia tipo.»

Se estudia en seguida la grippe en sus relaciones con la tuberculosis pulmonar, mostrándola ora activando el proceso crónico de la fimatosis, ora despertando lesiones que parecian curadas, ora, en fin, pareciendo ser la causa de tuberculosis más ó menos agudas.

El último capítulo está dedicado al estudio bacteriológico de la grippe y sus complicaciones pulmonares. El autor acepta como microbio productor de la enfermedad la diplo-bacteria de Teisier, Roux y Pittion, olvidando citar los trabajos de Pfeffer y Canon.

En cuanto á las pneumonias, bronco-pneumonias, etc., acepta la opinion, perfectamente comprobada, de que son infecciones secundarias debidas al pneumococcus de Tálamon, Frankel, streptecoccus pyogenes, staphilococcus pyogenes, aureus, etc.

La tesis del Dr. Bustamante demuestra que ha sabido aprovechar su largo internado en el hospital, y lo incorpora con brillo al cuerpo médico argentino.

G. A. A.

Lucero Amador L. (Interno del hospital de clínicas) — *Algunas consideraciones sobre cardio-patologia infantil;* tésis inaugural, 49 páginas, Buenos Aires, 1893, imprenta de M. Biedma.

El Dr. Lucero, consagrado en su internado á la clínica médica, presenta como tésis inaugural un erudito trabajo que, á

la vez que revela su instruccion téorica, pone de manifiesto el aprovechamiento de su aplicacion práctica.

Estudiando las anomalias congénitas dice que no se conoce el factor especial que permita distinguir la etiologia de las afecciones congénitas del corazon, de la patologia de este órgano durante la vida intrauterina, y en su sintomalotogia general solo existen caracteres secundarios que la diferencien de la observada en las afecciones adquiridas.

Luego discurre sobre las enfermedades agudas: miocarditis diftérica; complicaciones cardíacas de la escarlatina, sarampion, viruela, reumatismo; la corea y las cordiopatias coreicas.

El Dr. Lucero explica la frecuencia relativa de las afecciones cardíacas en los niños, por la susceptibilidad de éstos en presencia de las enfermedades infecciosas. Sin embargo, exceptuando el reumatismo, cuyo rol en cardiopatologia es evidente, agrega, las otras infecciones que atacan de preferencia á los niños, tales como la difteria, el sarampion y la escarlatina, son poco fecundas en sus determinaciones cardíacas. Y si bien se reconoce que la difteria ocasiona gravísimos trastornos funcionales anatómicos en el corazon, hay que declarar que ellos son muy mal conocidos en su naturaleza para poder caracterizar su papel etiológico.

La parte relativa á la corea está extensamente tratada, y á su respecto concluye con esta afirmacion: que ella no es siempre determinacion del reumatismo agudo y que puede estar subordinada á la histeria y á infecciones innominadas.

El capítulo referente á las enfermedades crónicas, y en el cual se estudia el pronóstico de las cardiopatias, la hipertrofia y el diagnóstico de localizacion, suministra al autor tema para muy precisas consideraciones, pero es de lamentar que no haya tenido observaciones propias sobre el particular.

La disertacion inaugural del Dr. Lucero deja en el ánimo el convencimiento de su preparacion para el azaroso ejercicio de la medicina científica. Hay en ella erudicion, consideraciones prácticas suministradas por su internado de tres años, juicio reposado é inteligencia que madura una reflexion serena, condiciones todas que le señalan un lugar distinguido en el cuerpo médico argentino.

S. G.

Coni Emilio R.—*Memoria de la Administracion Sanitaria y Asistencia Pública de Buenos Aires, correspondiente at año 1892.* Buenos Aires, 341 páginas. En esta memoria el Dr. Coni hace una relacion de los trabajos realizados durante su fecunda administracion de la Asistencia Pública.

Leyendo este documento, notable por más de un concepto, se da cuenta de la inmensa y benéfica labor llevada á cabo por el ex-director.

La relacion metódica de todas las reformas, reglamentaciones y proyectos preparados por el Dr. Coni, pone de manifiesto la consagracion é iniciativa dedicadas al ejercicio del cargo.

La memoria que acaba de publicar es no solo un informe detallado de todo lo hecho en la Administracion Sanitaria de 1892, sino tambien un ámplio programa de policía higiénica del municipio.

Decoud D., «Chirurgien de l'hôpital militaire de Buenos Aires»—*Les sciences médicales dans l'Argentine;* 250 páginas, Buenos Aires, 1893.

El Dr. Decoud fué encargado por el comité argentino de la Exposicion de Chicago para escribir una memoria sobre la medicina en nuestro país, y el libro de que se trata es el resultado de aquel encargo.

La obra se divide en dos partes: la primera comprende algunos apuntes sobre el desarrollo de la enseñanza médica entre nosotros, con una relacion detallada de los servicios médicos de los hospitales. La segunda es un índice bibliográfico de las publicaciones médicas aparecidas en Buenos Aires, en los diversos periódicos y revistas que aquí tenemos.

El trabajo del Dr. Decoud tiene esta incuestionable importancia: para el extranjero revela todo lo principal hecho en la República Argentina sobre medicina, y para nosotros es un estenso *Index* adonde el estudioso podrá encontrar los primeros pasos de la medicina nacional.

Villar Francis, profesor agregado á la Facultad de Medicina de Burdeos—*Chirurgie et cancer de l'estomac* (Du manuel operatoire de la gastro-entérostomie). Folleto in 8°, 68 pág. Stenheil, editor. París, 1893.

De las operaciones que se practican sobre el tubo digestivo, la *gastro-enterostomia* es una de las mas difíciles y es la que está á la órden del dia, como lo prueban los numerosos trabajos que á su respecto se han publicado en este último tiempo. Todos los cirujanes que han tenido ocasion de practicar esta operacion han encontrado dificultades y su inexperiencia es sin duda una de las causas de que la mortalidad sea todavia tan elevada. Cada uno ha tratado de modificar los procedimientos conocidos, llevando alguna perfeccion; pero faltaba un trabajo que los resumiera é hiciera resaltar los defectos y las ventajas de cada método. Este vacío lo ha llenado el profesor Villar; y el cirujano que tenga que practicar la gastro-enterostomia encontrará en la obra de este distinguido maestro indicaciones muy útiles que permitirán llevar á buen fin la operacion. Veintiocho figuras (entre ellas varias inéditas) intercaladas en el texto, facilitarán al lector la comprension de los diversos procedimientos indicados. Encierra además este trabajo un procedimiento nuevo de sutura (la eterna y no resuelta cuestion en las operaciones intestinales) del autor, procedimiento que hemos visto poner en práctica con un resultado excelente. La competencia del profesor Villar nos evita un exámen detallado de su obra y nos limitamos á transcribir sus conclusiones:

1ª La *gastro-enterostomia* es una operacion lógica y *racio nal* en ciertos casos de cáncer de la region pilórica.

2ª Es conveniente antes de practicar la *gastro-enterostomia*, hacer la antisepsia de las vías gastro-intestinales, vaciar el intestino y lavar el estómago con agua hervida y boricada.

3ª A pesar de sus inconvenientes, la anestesia por el cloroformo es indispensable.

4ª Para llegar sobre el estómago y el intestino debe elegirse la *incision mediana.*

5ª El encuentro de la asa jejunal constituye á menudo uno de los tiempos más difíciles de la operacion.

6ª La mayor parte de los cirujanos dan la preferencia á la *gastro enterostomia anterior* (operacion de Wolfler).

7ª Las *incisiones elípticas* de las paredes estomacal é intestinal deben primar sobre las simples incisiones lineares.

8ª Los procedimientos de *gastro-enterorrafia* son demasiado numerosos y es difícil pronunciarse categóricamente sobre su valor. Las suturas por medio de placas son poco apre-

ciadas en Francia. *Solidez y rapidez* de ejecucion, tales son las cualidades que deben exigirse de las suturas gastro-intestinales.

9ª Es necesario tratar de *abrir las vísceras lo más tarde posible;* parece sin embargo que los procedimientos de Terrier, Michaux y Roux hacen la operacion más delicada y por consiguiente tienden á prolongarla.

10. Los diferentes procedímientos propuestos con el objeto de evitar el *reflujo de la bilis en el estómago y la acumulacion de las materias en el fondo de saco duodenal*, no gozan de un gran favor; ellas *complican y agravan* la operacion. Solo la *fijacion de la asa intestinal* al estómago nos parece que debe recomendarse.

11. No haremos sino indicar la gastro-enterostomia en dos tiempos ú operacion de Postnikou.

12. El régimen *post-operatorio*, es como se comprende, de una importancia capital.

El trabajo del Dr. Villar termina con una bibliografía muy completa, lo que permite al lector remontarse á las fuentes de donde han salido las indicaciones y hacer así un estudio profundo de la cuestion.

Dr. Tornú.

Massot Julian.—Interno del Hospital Rawson. *Consideraciones sobre los trastornos gástricos en la tuberculosis pulmonar.* Tésis inaugural, 53 páginas. Buenos Aires, 1893.

Comienza el autor con el estudio de las relaciones anatómicas, fisiológicas y patológicas entre el pulmon y el estómago discurriendo acertadamente sobre estas cuestiones.

En seguida analiza el rol de la tuberculosis en la produccion de los trastornos gástricos, su frecuencia, etc, Las teorias que explican la solidaridad mórbida entre el pulmon y el estómago; el estado de la nutricion en los tuberculosos; la patogenia de los trastornos gástricos en los tuberculosos, etc., son otros tantos puntos bien dilucidados por el Dr. Massot, á la luz de un buen criterio médico.

Todos los elementos que puedan actuar en la tuberculosis para producir perturbaciones digestivas, son extensamente tratados, abonando en favor de sus ideas las opiniones de los maestros distinguidos.

Algunos observaciones clínicas robustecen las deducciones del autor.

El Dr. Massot ha sido interno del Hospital Rawson durante cinco años, lo que representa un buen caudal de preparacion práctica.

Su tesis inaugural, muy interesante, pone al dia la cuestion que trata, y se recomienda por referirse á lesiones de órden tan frecuente como las de origen tuberculoso.

S. G.

Barraza (Francisco C.) y **Nelson (Manuel J.)**—*Compendio de anàlisis químico general y biológico.*—349 páginas; Buenos Aires, 1893.

Los autores - Dr. Barraza—profesor de química en la Facultad de Medicina de Buenos Aires, sustituto (por concurso) de oftalmología y jefe de clínica oftalmológica en el Hospital de Clínicas; y Dr. Nelson, químico-secretario (por concurso) del Laboratorio Químico Municipal de Buenos Aires, y ayudante de los cursos de química en la Facultad de Medicina, han hecho un señalado servicio á los estudiantes y á todos los hombres de laboratorio, publicando este importante volúmen adaptado al programa de la materia en nuestra Facultad de Ciencias Médicas.

Su utilidad basta enunciarla para comprenderla; y sus ventajas son inmensas, si se piensa que antes de ahora el alumno tenia que recorrer varios volúmenes para responder á las numerosas cuestiones de la investigacion química.

Los varios capítulos de la obra comprenden los siguientes temas:

Análisis químico.—Análisis cualitativo (via seca y via húmeda).—Análisis de las disoluciones.—Caracteres de las sales. —Acidos minerales; su investigacion analítica.—Acidos orgánicos y su investigacion.—Alcaloides.—Análisis espectroscópico—Análisis cuantitativo.—Exámen de algunas preparaciones oficinales de quina, opio, ipecacuana, belladona, acónito y digital. —Cloroformo.—Arsénico.—Fosforo.—Leche.—Sangre. —Bílis.—Orina.—Cálculos vesicales—Jugo gástrico.—Agua.

Resulta así que están tratados todos los puntos más interesantes, y con los detalles necesarios al hombre dedicado á este género de estudios.

La obra de los doctores Barraza y Nelson, poniendo al dia todas las cuestiones sometidas al criterio químico y biológico, en sus relaciones—este último—con la clínica, sirve no solo de indispensable guia al estudiante en los laboratorios, sino tambien y de especial manera al médico que quiere investigar la composicion normal ó patológica de los productos orgánicos, segun los procedimientos más científicos y modernos.

El libro de que damos cuenta revela un gran progreso en la ciencia argentina, y por ello sus autores se hacen acreedores á sinceros aplausos.

Este libro representa la labor inteligente de mucho tiempo por parte de los dos jóvenes químicos que han tenido la buena suerte de ligar sus éxitos á las primeras publicaciones de esta clase entre nosotros; y por lo que respecta á los beneficios de su aplicacion práctica, ellos resultarán cada dia mayores, á medida que se aprecien los inconvenientes que se van salvando.

El *Compendio de analisis químico general y biológico*, de los doctores Barraza y Nelson, no debe faltar en la biblioteca de los hombres de estudio.

Hay en él, ciencia, estilo claro, recopilacion de los mejores procedimientos de investigacion, y tambien el sello de nacionalidad que le recomienda, pues sus autores son argentinos y con su obra realzan el crédito de nuestra ciencia, naciente aún.

Alienta y conforta el espíritu ver que en medio de la indiferencia general hay todavia caracteres levantados que, sustrayéndose al egoismo brutal que todo lo mata, se dedican á la produccion intelectual, dando á la prensa trabajos de positivo mérito.

Estos benéficos ensayos repercuten con eco simpático y se atraen los aplausos de todos los que buscan el engrandecimiento del país por medio de estas manifestaciones tan honrosas, y que tan alto llevan el nombre de los autores. Por eso debe estimularse todo esfuerzo hecho en tal sentido y por eso los doctores Barraza y Nelson merecen bien de todos los que aman de veras el progreso de la ciencia argentina.

S. G.

Soler Garde Francisco, médico, por oposicion, del Cuerpo de Sanidad Militar de España. *Patología y simulacion de la Epilepsia*. Memoria del Doctorado. 81 páginas. Barcelona, 1893.

El autor explica en la introduccion el plan general de su trabajo, y enuncia la frecuencia de la simulacion de la epilepsia en el Cuerpo de Sanidad Militar español. Hace luego un lijero bosquejo histórico, citando á los escritores que en todo tiempo se han ocupado de dicha afeccion.

El concepto general que de ella debe formarse, segun Soler Garde, es este:

1º. El nombre de epilepsia no expresa un hecho anatomo-patológico, sino un conjunto clínico que resulta de dos factores: alteracion permanente del sistema nervioso central y fenómenos externos, una parte de los cuales es paroxística.

2º. La alteracion del sistema nervioso central que se traduce por manifestaciones convulsivas ó psíquicas es desconocida en su naturaleza y esencia.

3º. Esta enfermedad es eminentemente crónica.

4º. Imprime al que la sufre un sello particular, modifica la inteligencia y puede ser causa de locura.

Considerada clínicamente la enfermedad, el autor la estudia en sus diversas formas: *epilepsias convulsivas*, entre las que figuran el gran mal comicial, el pequeño mal y la epilepsia Jacksoníana; *las no convulsivas:* larvadas sin trastorno mental y larvadas de forma psíquica, aceptando esta clasificacion «sin pretender una absoluta originalidad, por ser preferible á la exposición de los síntomas y fenómenos epilépticos.»

Tambien estudia la patogenia, pero trata muy superficialmente las cuestiones hoy tan avanzadas y que tanto halagan á los especialistas, sobre la antropología y la craneometría, que es donde podria encontrarse alguna novedad y verdadero mérito de recopilacion.

Esta primera parte sirve de entrada á las cuestiones de *simulacion* de la epilepsia, que parece fuera el fin primordial de la memoria que analizamos; pero á ella el autor ha dedicado menos esfuerzo y se concreta á referir algunas observaciones y los medios empleados para hacer el diagnóstico, que son los medios conocidos, y que no representan nada nuevo ni original.

La disertacion del Dr. Soler Garde, trae numerosas citas y un extenso índice bibliográfico, que abona su erudicion en la materia que trata.

M. A. Z.

Zerolo T.—*Climatoterapia de la tuberculosis pulmonar en la península española, islas Baleares y Canarias.* Obra laureada por la Real Academia de Medicina y Cirugia de Barcelona con la segunda de las dos únicas recompensas ofrecidas en el concurso Gari—Santa Cruz de Tenerife, 1889.

La obra se compone de tres partes. Comprende la primera el concepto que actualmente tiene la ciencia, de la tuberculosis pulmonar, y los caracteres de las localidades destinadas á su tratamiento.

La segunda es un sumario descriptivo geográfico—médico de la Peninsula española, islas Baleares y Canarias.

Está destinada la 3ª á la demostracion de los puntos apropiados para la instalacion de sanatorios.

Esta parte, que bajo el punto de vista de la práctica es la más interesante, nos revela que las localidades españolas que reunen las mejores condiciones para el tratamiento climatoterápico de los tísicos, son:

Canarias: Puerto y Villa de Orotava, Santa Cruz de Tenerife; siguiendo por este órden, otros como Barbastro, Archidona, Las Palmas, Yeda, Granada, Lérida, Valencia, Málaga, Jaen, Barcelona Avila, Cartajena, Guadalajara, Segovia, Murcia, Salamanca, Huesca, Teruel, Alicante, Pamplona, Albacete, Cádiz, Laguna de Tenerife, Badajoz, San Fernando, Palma de Mallorca, Burgos, Zaragoza, etc.

El órden en que figuran es el que resulta de observaciones climatéricas hechas convenientemente.

El Dr. Zerolo deja así sentado el crédito de las localidades de la Península Ibérica, Islas Baleares y Canarias que, «por figurar en los primeros lugares del cuadro en que se resumen sus condiciones climatológicas y de salubridad, podrían utilizarse como sanatorios para la tuberculosis pulmonar.»

El estudio del Dr. Zerolo es muy interesante por la gran cantidad de datos que comprende y sería de desear que su conocimiento se defnndiera para la buena suerte de los tuberculosos.

Es una obra importante que hay que agregar á las de climatología médica que conocemos.

De su valor, da cuenta el hecho de haber sido laureada con uno de los dos únicos premios acordados por la Academia de Medicina de Barcelona, en el concurso Gari.

S. G.

Premio del gobierno argentino para el próximo concurso

Habiendo el Círculo Médico Argentino, solicitado del gobierno nacional que dejara subsistente para otro concurso el premio decretado para el primer certámen sud-americano de medicina que acaba de celebrarse, el P. E. ha dictado esta resolucion:

El Presidente de la República—

DECRETA:

Art. 1º. Queda subsistente, en todas sus partes la resolucion superior adoptada con fecha 5 de Agosto de 1891, acordando una medalla de oro y diploma al mejor trabajo que, á juicio del Jurado del Concurso Sud-Americano de Medicina celebrado en esta capital en conmemoracion del IV Centenario del descubrimiento de América, resultase sobresaliente de una manera notable entre todos los que fueran presentados, y postergar para el año venidero la adjudicacion de dicha medalla y diploma, de acuerdo con lo pedido por el Círculo Médico Argentino.

Art. 2º. Comuníquese, publíquese y dese al Registro Nacional.

SAENZ PEÑA.
E. S. QUINTANA.

Biblioteca del Círculo Médico Argentino

OBRAS ENTRADAS EN EL MES DE JULIO DE 1893

Anuario del Observatorio de La Plata para el año de 1893. Donacion de la Direccion del mismo, 1 tomo.

Desinfeccion Automática, 1 folleto.

Le Fert, Manual del médico práctico, Ginecología y obstetricia. Regalo de los editores (véase el aviso adjunto).

La práctica ginecológica y la obstétrica de los hospitales. Memorándum y formulario, por el catedrático Pablo Lefert; version castellana con adiciones de D. Francisco García Molinas, doctor en medicina.

Este pequeño manual, á pesar de lo conciso, comprende lo mas importante en Ginecologia y Obstetricia, pues contiene mas de 400 consultas de casos nuevos y difíciles.

Se tratan en este libro cuestiones que se presentan todos los dias á la observacion del médico y del cirujano, como la *antisepsia ginecológica y obstétrica*, el *cáncer del útero*, la *castracion*, etc., etc.

Esta obra está al corriente de los trabajos mas recientes,

El quiste hidatidico en la República Argentina, tésis inaugural de Alfonso Masi.—(Véase página 349).

«Hemos recibido el volumen II de la Biblioteca Científica Moderna, que se titula *Terapéutica sugestiva y sus aplicaciones á las enfermedades nerviosas y mentales, á la cirugía, á la obstetricia y á la pedagogia*, escrito por el Dr. A. Cullerre. En esta obra se halla cendensado cuanto, hasta la fecha, ha escrito acerca de la *accion curativa de la sugestion hipnótica* siguiendo un criterio tan imparcial, que, al lado de sus indicaciones positivas de la sugestion, y de la considerable lista de sus éxitos, se señalan los casos en que es inútil y aquellos hasta en que pudiera ser peligrosa. Forman uelegante volumen correctamente traducido por el profesor D. Antonio Espina, y consta de más de 300 páginas esmeradamente impresas.

J. Olmedilla y Puig y otros. «La oficina de farmacia española,» décimotercero suplemento de Dorvault, un tomo de 300 páginas, regalo de los editores señores Bailly y Bailliere é hijos.

La oficina de farmacia española, segun Dorvault.—Décimotercero Suplemento de la segunda série. *Anuario farmacéutico-médico*, redactado en presencia de los periódicos, formularios y obras más modernas publicadas en España y el extranjero, por los señores D. Joaquin Olmedilla y Puig, doctor y catedrático de Farmacia y académico; D. Antonio Macias y del Real, doctor en Farmacia; D. Filiberto Soria y Sanchez, farmacéutico, premiado por la Facultad. -Madrid, 1893. Un tomo en 4º mayor á dos columnas de 290 páginas y 5 grabados intercalados en el texto. Precios: en, rústica 6,50 pesetas en Madrid y 7 en provincias; en pasta, 8 pesetas en Madrid y 8,50 en provincias.

El Décimotercero Suplemento á la clásica obra de Dorvault, que acaba de salir á luz, redactado por los señores Olmedilla, Macias y Soria, responde á las necesidades de la práctica de un modo admirable, y no se ha limitado á continuar la honrosa tradicion de este libro, sino que ha procurado inspirarse en las exigencias y progresos de la época, dando la debida significacion é interés al estudio de muchos asuntos que en este Anuario se consignan.

La aceptacion, no solo constante, sino creciente de este libro, demuestra la justicia con que la opinion premia el acierto de sus autores, dando cada vez más importancia á una publicacion que, convenientemente coleccionada, irá formando la historia de la ciencia, en cuyas páginas los profesores de Farmacia y Medicina podrán observar el desarrollo de estos conocimientos, medir su marcha y contemplar sus profundas consecuencias.

En el presente se da idea, además de todo lo que en el año último ha visto la luz pública de interés para la Farmacia y Medicina, de muchas fórmulas nuevas que los prácticos consideran como de importancia extraordinaria, de algunos aparatos que simplifican las operaciones y del nuevo cuerpo simple recientemente descubierto, el *Maxrium*; de las bases y acuerdos tomados en el último Congreso químico para la

reforma de la nomenclatura en Química orgánica; de una Memoria del doctor Olmedilla, relativa al problema de la desinfeccion en su parte práctica, y otra porcion de asuntos á cual más interesantes y prácticos.

OBRAS RECIBIDAS DE PARIS EN EL MES DE JULIO DE 1893, POR INTERMEDIO DE LA COMISION DE PEDIDOS

Charcot, Bouchard, Brissaud, etc., «Traité de Médecine», tomo IV.		
Duplay y Reclus, «Traité de chirurgie», tomos VII y VIII.....		
Lagrange, «Traité pratique des anomalies de la vision»	Edic. de	1892
Chauvel, «Précis de l'examen de l'œil».....	»	1883
Régis, «Manuel pratique de médecine mentale»..	»	1892
Charpentier, «Traité pratique des accouchements», 2 volúmenes.....	»	1891
Auvard, «Travaux d'obstétrique», 3 tomos.....	»	1889
Ball, «Leçons sur les maladies mentales».....	»	1890
Despine et Picot, «Manuel pratique des maladies de l'enfance».....	»	1889
Rendu, «Leçons de clinique médicale», 2 tomos..	»	1891
Legrand du Saulle, Berryer et Pouchet, «Traité de médecine légale et Toxicologie».....	»	1886
Leudet, «Etude de pathologie et clinique médicale», 3 tomos.....	»	1891
Paul C., «Diagnostique et traitement des maladies du cœur».....	»	1887
Barthez et Sanné, «Traité clinique des maladies des enfants», 3 tomos.....	»	1891
Gillis, «Précis d'embriologie».....	»	1891
Fredericq, «Exercices pratiques de physiologie»..	»	1891
Durozier, «Traité clinique des maladies du cœur»	»	1891
Chaput, «Technique des opérations sur l'intestin, voies biliaires, etc».....	»	1892
Baginsky, «Maladies des enfants», 2 tomos.....	»	1892
Chavasse, «Petite chirurgie», dos ejemplares....	»	1893
Le Fevre, «Physique médicale», dos ejemplares..	»	1889

Blanchard, «Traité de Zoologie médicale», 2 tomos..... » 1890
Patein, «Manuel de physique médicale et pharmaceutique»..... » 1888
Gariel, «Physique médicale»..... » 1892
Stohr, «Manuel technique d'histologie», dos ejemplares..... » 1891
Ranvier, «Traité technique d'histologie»..... » 1889
Eichhorst, «Traité du diagnostique médical, etc.», dos ejemplares..... » 1890
Tillaux, «Traité d'anatomie topographique»..... » 1892
Duval, «Cours de physiologie», dos ejemplares». » 1892
Le Brocq, «Traitement des maladies de la peau». » 1892
Beaunis, «Nouveaux éléments de physiologie», 2 tomos..... » 1888
Viault et Joliet, «Traité de physiologie humaine» » 1889
Ziegler, «Traité d'anatomie pathologique», primer tomo..... » 1892
Arnould, «Nouveaux éléments d'hygiène»,..... » 1889
Guiraud, «Manuel d'hygiène», dos ejemplares.... » 1890
Notnagel et Rossback, «Nouveaux éléments de matière médicale», etc..... » 1889
Fonsagrives, «Principes de thérapeutique générale»..... » 1884
Fonsagrives, «Matière médicale»..... » 1885
Cornil et Babes, «Les bactéries et leur rôle dans l'étiologie», 2 tomos..... » 1890
Macé, «Traité pratique de bactériologie»... ..... » 1891
Farabeuf, «Précis de manuel opératoire»..... » 1889
Jullien, «Traité pratique des maladies vénériennes»..... » 1886
Berlioz, «Traité pratique des maladies de la peau»..... » 1889
Gross, Bohnner et Vautrain, «Pathologie et clinique chirurgicales», 3 tomos..... » 1893
Tillaux, «Traité de chirurgie clinique»..... » 1891
Koenig, «Traité de pathologie chirurgicale», 3 tomos..... » 1890
Galezowscky et Daguenet, «Diagnostic et traitement des affections oculaires»..... » 1886
Masselon, «Précis d'ophtalmologie chirurgicale». » 1886

Comprados en remate

Richet, «Anatomie médico-chirurgicale».....	Edic. de	1877
Trousseau et Pidoux, «Traité de thérapeutique et matière médicale», 2 tomos.....	»	1887
Motard, «Hygiène générale», 2 tomos.....	»	1869
Moreau, «La folie chez les enfants».....	»	1888
Mundé, «Traité de petite chirurgie gynécologique»	»	1889

Servicio de enfermedades de la piel en el hospital de niños

Durante el año 1892, el consultorio de enfermedades de la piel, atendido por el Dr. M. Bengolea, en el hospital de niños (San Luis Gonzaga), ha tenido el siguiente movimiento:

Eczema 179, impétigo 113; sarna 110, sífilis 54; forunculosis 49; tricoficia 30; tiña favus 21; escrófula 21; eritema 24; ustion 12; seborrea 12; ectima 29; prurigo 25; pénfigo 21; herpes 10; pitiriasis 10; quemaduras 11; acné 8; dermatitis 19; onixis 1; muguet 1; verruga 1; pelada 2; chancro blando 1; púrpura hemorrágica 1; lupus 4; escoriacion 1; sarampion 7; angioma 3; edema 1; lichen 1; abceso dentario 1; tumor erectil 2; cloasma 2; ictiosis 1; varicela 8; tuberculosis de la piel 1; adenitis 6; ulceras 1; antrax 1; estomatitis 6; elefantiacis 1; abceso 2; flegmon 3; telangectasis 1; periostitis 1; erisipela 3; lepra 2; kerincelsi 4; soriasis 3; hidroa 2. Total: 803 enfermos.

Direccion General de Estadística Municipal

Defunciones ocurridas en la ciudad de Buenos Aires durante el mes de Junio de 1893

SEGUN SEXO Y ENFERMEDAD

ENFERMEDADES	SEXOS V.	M.	Total
A Afecciones generales			
1. INFECCIOSAS, CONTAGIOSAS Y MIASMÁTICAS			
Fiebre tifóidea	9	7	16
Viruela confluente	1	1	2
Sarampion	1	3	4
Escarlatina	5	2	7
Coqueluche	2	1	3
Difteria	19	26	45
Crup	10	11	21
Angina diftérica	3	—	3
Influenza	10	2	12
	60	53	113
2. SOLAMENTE VIRULENTAS			
Infeccion purulenta	—	2	2
Carbúnculo	1	—	1
	1	2	3
3. CONSTITUCIONALES Ó DIATÉSICAS			
Tuberculosis	52	36	88
» meningea	4	2	6
» intestinal	1	—	1
Sífilis infantil	2	4	6
Cáncer	3	4	7
» del estómago	7	—	7
» del hígado	1	2	3
» del píloro	1	1	2
» del intestino	—	1	1
» del esófago	2	—	2
» de la boca	—	8	8
» de la laringe	2	—	2
» del mediastino	1	1	2
» del seno	—	1	1
» del riñon	1	—	1
Reumatismo	1	2	3
Diabetes sacarina	3	3	6
Raquitismo	1	2	3
Tabes	—	1	1
	82	68	150

ENFERMEDADES	SEXOS V.	M.	Total
B Afecciones locales, agudas ó crónicas			
1. ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO			
Congestion cerebral	12	8	20
Apoplegía	2	4	6
Hemorragia	12	10	22
Anemia	—	2	2
Meningitis	25	28	53
Embolia	1	5	6
Meningo-encefalitis	1	—	1
Encefalitis	2	3	5
Derrame cerebral	—	4	4
Hidrocefalia	—	1	1
Mielitis	4	—	4
Reblandecimiento cerebral	1	1	2
Tumor cerebral	1	—	1
Goma cerebral	—	1	1
Delirio agudo	—	1	1
Tétano traumático	1	—	1
» infantil	15	10	25
Eclamsia	—	2	2
Eclamsia infantil	6	1	7
Parálisis general progresiva	12	—	12
Alcoholismo	1	—	1
Edema del cerebro	1	—	1
Paqui-meningitis cervical	—	1	1
Ataxia locomotriz	2	—	2
Epilepsia	1	1	2
	100	83	183
2. ENFERMEDADES DEL APARATO CIRCULATORIO			
Pericarditis	—	1	1
Endocarditis	3	—	3
Aneurisma	2	1	3
» de la aorta	2	—	2
Dilatacion de la aorta	1	—	1
Persistencia del agujero de botal	—	1	1
Hemorragia	—	2	2

ENFERMEDADES	SEXOS V.	M.	Total
Angina de pecho	7	2	9
Vicio orgánico al corazon	41	28	69
Ateromasia arterial	8	1	9
Miocarditis	5	1	6
	69	37	106
3. ENFERMEDADES DEL APARATO RESPIRATORIO			
Laringitis	2	4	6
» estridulosa	4	—	4
Bronquitis	24	26	50
Bronco-neumonía	48	48	96
Neumonía	73	72	145
Pleuro-neumonía	13	3	16
Pleuresia	4	4	8
Congestion pulmonar	4	7	11
Edema de la glotis	3	1	4
» pulmonar	1	—	1
Enfisema pulmonar	—	1	1
Apoplegia pulmonar	2	—	2
Hemorragia pulmonar	1	—	1
Embolia pulmonar	—	1	1
	179	167	346
4. ENFERMEDADES DEL APARATO DIGESTIVO			
Muguet	—	1	1
Estrechez del esófago	1	—	1
Gastritis	—	2	2
Gastro-enteritis	11	4	15
Atrepsia	16	6	22
Ulcera del estómago	1	—	1
Indigestion	1	1	2
Enteritis	14	13	27
Entero-colitis	3	2	5
Disenteria	3	2	5
Oclusion intestinal	2	2	4
Peritonitis	3	4	7
Volvulo	1	—	1
Hernia	—	1	1
Hepatitis	1	2	3
Fistula intestinal	—	1	1
Hipertrofia	1	1	2
Quiste	—	1	1
Abceso	—	1	1
Angina flegmonosa	—	1	1
Gastrorragia	2	—	2
Hemorragia intestinal	1	—	1
Cirrosis	1	—	1
» hepátita	2	3	5
» hipertrofia	2	—	2
» del hígado	2	1	3
	68	49	117

ENFERMEDADES	SEXOS V.	M.	Total
5. ENFERMEDADES DEL APARATO GÉNITO-URINARIO			
Mal de Bright	3	2	5
Cistitis cronica	1	—	1
Metritris	—	1	1
Uremia	6	2	8
Nefritis	6	5	11
Salpingitis	—	2	2
Nefrolitiasis	1	—	1
Metro-peritonitis	—	1	1
	17	13	30
6. ENFERMEDADES DE LA PIEL Y TEJIDO CELULAR.			
Erisipela	—	1	1
Gangrena	1	1	2
Eczema	—	1	1
Noma	2	—	2
	3	3	6
7. ENFERMEDADES DE LOS ÓRGANOS DE LA LOCOMOCION			
Osteites	1	—	1
Tabes dorsal	1	—	1
	2	—	2
8. AFECCIONES PUERPERALES.			
Fiebre	—	2	2
Eclamsia	—	1	1
	—	3	3
C Muertes accidentales ó violentas			
Asfisia por gas	—	1	1
» por sumersion	4	1	5
» por sofocacion	1	—	1
Heridas	4	—	4
» por arma de fgo.	5	1	6
Ustion	2	2	4
Repentinamente	—	1	1
Intoxicacion	1	—	1
Contusiones	1	—	1
Fraumatismo	1	—	1
Chock Traumalico	1	—	
Fractura	6	—	6
	26	6	32

ENFERMEDADES	SEXOS V.	M.	Total
D Nacidos muertos ó muertos poco despues de nacer			
Debilidad congénita....	13	27	40
Nacidos muertos.	68	51	119
Vicio de conformacion.	—	1	1
Esclerema.....	1	—	1
Icteria.....	2	—	2
	84	79	163
E Sin clasificacion			
Angina.....	1	—	1
Anemia	—	1	1

ENFERMEDADES	SEXOS V.	M.	Total
Asfixia.....	—	1	1
Consuncion.....	4	2	6
Inanicion	1	4	5
Septicemia.....	3	—	3
Senectud.....	5	6	11
Marasmo.....	3	3	6
Embolia.....	1	—	1
Quiste.....	1	—	1
Úlcera.....	1	—	1
Sin especificacion.....	4	1	5
	24	18	42

RESÚMEN

VARONES	MUJERES	Total
715	581	1296

XI CONGRESO MÉDICO INTERNACIONAL

Este Congreso que debia reunirse en Roma el 24 de Setiembre próximo, ha postergado la fecha de su inauguracion. Sus secciones son:

Anatomia.—Fisiologia.—Patologia general y Anatomia patológica.—Farmacologia.—Medicina interna.—Pediatria.—Psiquiatria, Neurologia y Antropologia criminal.—Cirugia y Ortopedia.—Obstetricia y Ginecologia.—Laringologia.—Otologia.—Oftalmologia.—Odontologia.—Medicina y Cirugia Militar.—Higiene.—Ingenieria Sanitaria.—Dermatologia y Sifilografia.—Medicina Legal.—Hidrologia y Climatologia. (*)

(*) De acuerdo con la Sociedad Médica Italiana de Hidrologia y Climatologia la tercera Sesion del Congreso Internacional de Hidrologia que debia tener lugar en 1893 se agregará como otra nueva Seccion á las que ya existen.

Año XVI—1893 BUENOS AIRES Tomo XVI—Nº 9

Anales del Círculo Médico Argentino

SETIEMBRE DE 1893

CHARCOT

Charcot, el genio de la medicina contemporánea que mayor impulso comunicara á la ciencia, creando nuevas entidades y modificando ampliamente las ya existentes en Neuropatología, se ha inclinado para siempre; y ante la desgracia que hoy enluta á la Francia, el universo entero se siente conmovido porque la accion del sábio profesor de la Salpêtrière tuvo por teatro el mundo todo civilizado y porque las proyecciones de su espíritu difundieron con sus libros y sus doctrinas la fama de su nombre, predestinado á la inmortalidad.

Quien como él ha abierto dilatados rumbos á la fisiología, la anatomía patológica y la clínica del sistema nervioso, y hasta llegado á conmover toda una filosofía demarcando ancho campo á la investigacion de los pensadores de las coetáneas y venideras generaciones, tiene seguramente en ello el merecido pedestal de su gloria y ha conquistado para sus obras la vida imperecedera.

Sus trabajos sobre localizaciones cerebrales y sus esfuerzos consagrados por el triunfo decisivo, para reconstruir, ó mejor, para crear todas esas modalidades que constituyen la patología nerviosa actual, la más delicada, la más difícil de profundizar, han roto el denso velo que ocultaba el secreto de los fenómenos neuro-patológicos, y recomenzando el camino recorrido por Cruivelhier, Romberg, Trousseau, Aran y Duchenne, y aun sirviéndose de algunas de las adquisiciones de éstos, Charcot ha penetrado resueltamente en el dominio de la verdad, para ostentar como resultado esta victoria: la escuela anátomo-clínica, demostrativa, evidente, porque tiene en su apoyo la autoridad de la anatomía patológica.

El estudio de las enfermedades nerviosas basado así en el conocimiento de la lesion topográfica, ha entrado en una via segura; las opiniones que lo sustentan y explican dominan

con derecho exclusivo en todas partes, y nadie osa discutir lo que tan fundamentalmente hace la honra de la moderna escuela francesa.

Charcot es su creador, y ha empleado para realizarlo todas sus energías, todo su pensamiento, todas las actividades de su poderosa entidad. Es así como sobre la antigua errónea interpretacion de hechos perfectamente explicables y explicados hoy por las nuevas ideas, se ha fundado esta ciencia vastísima que se ensancha dia á dia y cuya aplicabilidad es elemento importante en la terapéutica de muchos padecimientos y hasta en las siempre escabrosas cuestiones médico-legales.

La cátedra ha sido para él y para la medicina una revelacion completa. Durante veinte años ha concentrado la atencion de todos los hombres de saber del orbe entero; bajo sus techos se han sucedido diversas generaciones de médicos; la palabra sóbria, concisa, del maestro, ha resonado millares de veces proclamando nuevos adelantos; siempre el mismo interés creciente impulsaba hácia ella mayor cantidad de oyentes excitando su fervor y su noble pasion, en medio de la cual se levantaba en su alma la vision profética del porvenir para la ciencia que tanto amó; y por eso en 1870 inauguraba sus lecciones con estas palabras:

«La afluencia hoy de un auditorio más numeroso que de costumbre, me parece una prueba convincente de que no me equivocaba cuando decia, hacen cinco años, que este gran *emporium* de las miserias humanas, donde nos encontramos reunidos, podria llegar á ser un dia el sitio de una enseñanza teórica y clínica verdaderamente útil. Sin duda el campo de observacion que se nos abre, no abarca toda la patología; pero tal cual es, no es ya demasiado vasto? De un lado, ofrece á nuestros estudios las afecciones de la edad senil, que bien merecen que nos detengamos sobre ellas. En segundo lugar, entre las afecciones crónicas, nos presenta reunidas en gran número y en condiciones particularmente favorables á la investigacion, las enfermedades del sistema nervioso y locomotor tan comunes y por consiguiente tan interesantes para el médico, enfermedades cuya patogenia comienza desde hace veinte años á salir de la oscuridad profunda en que estaba sumergida hasta entonces.»

Charcot,

Las tinieblas lo envolvian todo, y grandes maestros habian escollado.

El caos parecia indomable, pero en la confusion reinante hubo un hombre con fé bastante grande para acometer la difícil empresa, y convencido de sus propias fuerzas, imprime direccion á la obra, y se hace esta primera pregunta:

«¿Quién osaría afirmar que tal ó cual región, que no tiene nombre en la nomenclatura usada entre nosotros, carece de importancia fisiológica de primer órden?

«Por otra parte, cómo designar esta region sobre el protocolo de la autopsia si ella no está denominada? Las designaciones que acabo de dar suministran muchos puntos de reparo y son por consiguiente de utilidad incontrastable. ¿Pero una buena carta estratéjica es jamás demasiado completa? Es así como precisando el punto ocupado por un foco hemorrágico, la cápsula externa ó interna, los núcleos de la sustancia grís, el pié de la corona radiada, llegaréis á comprobar, si hay lugar, diferencias sintomáticas, en relacion con diferencias relativas al pronóstico.»

Y penetrado de la necesidad de estudiar las localizaciones, agregaba:

«Sin una buena topografia de las circunvoluciones, hay imposibilidad de hacer un paso en la historia de las localizaciones cerebrales más importantes. Tomemos un ejemplo. ¿Cómo hablar de las lesiones que producen la afasia si no se sabe determinar con precision el sitio y la configuración de la tercera circunvolucion?

«¿Cómo encontrar en el hombre las regiones llamadas psicomotrices, descubiertas en los animales por las investigaciones de Fritsch, Hitzig y Ferrier, si se ignora la disposicion de los pliegues y de los surcos sobre la sustancia grís del lóbulo parietal y de las partes posteriores del lóbulo frontal?

«Cuántas observaciones propias para aclarar estas interesantes cuestiones de localizacion han quedado sin valor, porque por falta de conocimiento suficiente de las partes alteradas, no ha sido posible dar la denominacion exacta de esta parte!»

No pudiendo ser el estado patológico sinó una modificacion mas ó menos pronunciada del estado normal, sin intervencion de leyes nuevas, busca Charcot el fundamento de esta proposicion, y para encontrarlo recurre á la anatomía normal, á la fisiología experimental y en fin á la observacion clínica apoyada

sobre el exámen metódico y minucioso de las lesiones orgánicas. En su concepto, los documentos del último órden deben figurar constantemente entre los mas importantes y mas decisivos; pues, si los primeros pueden poner á menudo sobre la via de las localizaciones, sólo éstos permitirán juzgar en último caso y *suministrar la prueba*, á lo menos por lo que concierne al hombre.

Los cimientos de la naciente escuela estaban echados; la reforma comenzaba, é infinitas modalidades iban á revelarse en el intrincado campo de la neurología. La base mas consistente era la de Duchenne de Boulogne, que con sus descubrimientos sobre la atrofia muscular progresiva y la parálisis muscular progresiva de la lengua, velo del paladar y labios, debia originar hasta el cambio de estas denominaciones y hacer la conveniente clasificacion de ellas, *espinal protopática* la primera, *parálisis gloso-laríngea* la segunda, con que hoy se les distingue.

Sin desconocer el mérito de estos plausibles ensayos de su predecesor, ántes al contrario, considerándolos «jalones colocados sobre la via recorrida por aquel autor», Charcot los tomó como guias en el cumplimiento de la tarea que á la sazon iniciaba.

Consagró luminosas páginas á la historia embrollada de las amiotrofias espinales crónicas, confundidas hasta entonces bajo la denominacion de atrofia muscular progresiva, no obstante haber demostrado la anatomía patológica que en ese caso no se trataba de un conjunto mórbido homogéneo. Charcot ha probado que ellas tienen siempre de común un aspecto particular que constituye, por así decir, el carácter anatómico fundamental del grupo: es la lesion de los cuernos anteriores de la sustancia gris y mas esplícitamente la alteracion atrófica de las células motrices de la region.

Muy poco tiempo ha, en el mes de Mayo, al dilucidar este punto siempre á la órden del dia, recordaba nuevamente que este gran grupo que Duchenne hace treinta años consideraba como constituyendo una sola unidad está hoy, mediante los esfuerzos del análisis anátomo clínico, *dislocado*, descompuesto en un cierto número de especies patológicas que presentan entre sí diferencias tan profundas que se extraña (ahora que se ha aprendido á distinguir sus caracteres distintivos) cómo

un observador tan fino, tan penetrante como aquél, ha podido reunirlo bajo un mismo rubro.

Si se tiene en cuenta la distinta época en que las observaciones se realizaban, se comprende la deficiente interpretacion de los hechos, pero ello en manera alguna amengua el verdadero mérito del autor. Es evidente que sobre los puntos de mira ya colocados, pudo la concepcion de Charcot levantarse como se levantó buscando en las profundidades de la investigacion clínica y en las intimidades de la anatomia patológica, la fuente, la razon de la existencia de la gran variedad de formas mórbidas englobadas en otro tiempo bajo denominaciones restringidas é impropias. Y la tarea es tan penosa que aun en la actualidad, no obstante todo lo alcanzado, no siempre es fácil establecer con exactitud los elementos de juicio para una opinion acabada.

Insistiendo sobre la alta importancia de esas cuestiones, ha dado una de sus últimas lecciones magistrales sobre las dificultades del diagnóstico diferencial entre la esclerosis lateral amiotrófica ó amiotrofia histérica. En ella completa el cuadro de las atrofias progresivas señalando cierto número de enfermedades que interesan igualmente al sistema muscular y producen amiotrofias é impotencias motrices mas ó menos generalizadas y á tendencia progresiva y pueden, por consiguiente, simular mas ó menos perfectamente, ora la esclerosis lateral amiotrófica, ora la parálisis del tipo Duchenne-Aran.

La descripcion de la primera de estas ha sido originariamente dada por Charcot y ha recibido en patologia, como bautismo, el nombre de tan ilustre padre.

Las conclusiones de sus estudios han tenido inmensa influencia.

Debido á ellos, la grande histeria ó histero-epilepsia, el hipnotismo con sus diversos estados, la dansa de San Guy y otros, han dejado de ser fenómenos sobrenaturales con los que se atemorizaba al vulgo, y hoy su filiacion patogénica se conoce y determina exactamente. Los perseguidos, los poseídos, los convulsionarios, el tarentismo, los maleficios en general, han sido desalojados de sus falsas posiciones con que los charlatanes han explotado la ignorancia pública, y en la actualidad la verdad científica impera á la luz comunicada por el vigoroso foco de la Salpêtrière, que irradiando sobre la medicina moderna torrentes de gloria, ha abierto fecundo surco á la acti-

vidad creadora, y arrojado sobre el terreno de la clínica la semilla que se ve fructificar, y que promete nuevos y siempre sólidos beneficios. Bajo los auspicios del genio que allí levantara su altar de trabajo, y por obra de su accion que no morirá jamás porque se trasmitirá como herencia entre los colaboradores de la hora presente y de las futuras, florecerán las bellezas de la ciencia, conservarán las actuales conquistas inmaculado su prestigio, y nuevos combatientes vendrán á la lisa buscando en los helados muros de las salas y laboratorios de aquella metrópoli de la inteligencia, inspiraciones para su espíritu, estímulos para sus empresas, fuerza y convencimiento para sus opiniones.

Ha penetrado Charcot en la historia y sus investigaciones han traido valioso contingente para aclarar esas extrañas epidemias convulsivas que se declaraban en otro tiempo y para dar la razon de ciertos caractéres singulares, siniestros y perversos que han horrorizado á la humanidad. La patología, la observacion de los hechos, explica perfectamente esas terribles conmociones sociales que han sembrado el espanto en siglos anteriores entre muchas poblaciones; y por lo que se refiere al arte y en particular á la pintura, sus excursiones han sido completamente felices, coronadas de merecido éxito.

La nueva interpretacion que hoy se da de la histeria ha disipado muchos enigmas, y este moderno significado ha permitido establecer el verdadero alcance científico, y echado estrecho lazo de union entre aquellos actos y la enfermedad en cuestion, resultando que todo esto se funda en el contagio nervioso de los accidentes histéricos, y como dice Richer, *en la similitud de las manifestaciones sintomáticas.*

Bosquejada brevemente la gigantesca talla moral del autor en la mas luminosa etapa del siglo XIX, digamos dos palabras sobre el hombre.

Charcot (Juan Martin) nació en 1825, en Paris, en cuya facultad estudió medicina, llegando á ser interno primero y jefe de clínica luego, en 1852. Se graduó doctor en 1853, y obtuvo diversos premios hasta 1856 en que fué nombrado médico de los hospitales. Profesor agregado en 1860 y médico del hospicio de la Salpêtriére en 1862, dictó cursos de medicina que pronto fueron muy concurridos por numeroso público. En la escuela práctica dió lecciones de Patología externa. En 1873 se le designó como profesor de Anatomía patológica, y la Acade-

mia de Medicina le llevó á su seno. Hasta entonces se habia distinguido por sus publicaciones sobre el reumatismo, reblandecimiento cerebral, enfermedades crónicas, etc. y por su importante colaboracion en la «Gazette des hôpitaux», en los «Archives de Physiologie» y en muchas otras revistas y periódicos científicos. En 1881 se creó la clínica oficial de enfermedades nerviosas que ha dirigido, y en 1883 el Instituto le abrió sus puertas.

La vida de Charcot, tan laboriosa y llena de nobles esfuerzos por la ciencia, ha sido consagrada por completo á producir trabajos de gran aliento: y de ellos podemos mencionar los siguientes: De l'expectation en médecine (1857); De la pneumonie chronique (1860); La médecine empirique et la médecine scientifique, paralléle entre les anciens et les modernes (1867); Leçons cliniques sur les maladies des vieillards et les maladies chroniques (1868); Leçons sur les maladies du systhéme nerveux, faites á la Salpêtrière (1873); Maladies du foie, des voies biliaires et des reins; Leçons sur les localisations dans les maladies du cerveau et de la moelle epinière (1875); De l'hypnotisme chez les hystériques (1881) en colaboracion con Richer; Les démoniaques dans l'art (1887); Maladies des poumons et du systéme vasculaire (1888); Leçons du mardi á la Salpêtrière, Polyclinique (1887-88); Traité de médecine, en colaboracion con Bouchard, Brissaud (1892-93); Biblioteca Charcot, Devobe (1892). Ha sido director de *Les Archives de Neurologie*, hasta Agosto del corriente año.

En todas estas obras se destaca el sello impreso por su alta personalidad; en ellas está su espíritu, el genio que animara su cuerpo de corte napoleónico. Pero donde la figura del sabio adquiere toda su inmensa superioridad, donde el hombre se revela en todo el apogeo de su accion creadora, es en la cátedra de enfermedades nerviosas, en ese asilo de la Salpêtrière, el viejo edificio del boulevard de l'Hôpital, ilustrado por Voisin, Falret, Joffroy, Bourneville, Feré, Gilles de la Tourette y también por la clínica quirúrgica de Terrillon.

Buenos Aires, 21 Agosto de 1893.

SAMUEL GACHE.

Tratamiento quirúrgico de las hernias

OBSERVACIONES SOBRE UNA SÉRIE DE 35 CASOS

Por el **Dr. Diógenes Decoud**
Cirujano del Hospital Militar

En el año anterior inicié en el Hospital Militar, como método sistemático, el tratamiento quirúrgico de las hernias, y he completado hasta hoy con éxito apreciable una primera série de 35 casos.

Comprendo que todos los cirujanos no proceden así. Algunos como *Leisrink*, *Le Fort*, *Albert*, *Hofmokl*, opinan que las hernias reductibles no deben ser operadas; otros, como *Berger*, extienden más las indicaciones, sobre todo para las hernias que, segun la fórmula de *Trelat* «no son completamente, constantemente y fácilmente contenidas por el braguero». *Macewen* acepta la operacion principalmente para las hernias escrotales; *Mac-Cosh* y *Abbe*, de Nueva York, *Kendal Franks*, *Svensson*, *Erdmann*, *Barker*, de Inglaterra, *Mac-Schede*, *Bassini*, *Championniére* operan por lo general en todos los sujetos jóvenes.

Entre nosotros la cura radical ha sido ensayada desde 1888 por *Llobet* en el Hospital Rawson (1), luego por *Justo* (2) y *Aguilar*. *Palma* ha sido el primero en practicar esta operacion por el método de Bassini, luego por el método de Postempsky (3). *Luis Maglioni*, despues de haber obtenido cuatro éxitos en el Hospital de Dementes (4), ha publicado recientemente una nueva série de diez casos (5).

La curacion espontánea en las hernías que no son de fuerza, es rara aunque posible con el uso del braguero; pero su tendencia, fuera del período infantil, es para aumentar y no para curar, y han sido muy bien descritas las modificaciones diversas que su persistencia produce en las vísceras y en el mesen-

(1) *Pedro Legrand* Cura radical de las hernias—Tésis de doctorado. 1892.
(2) *Julio C. Arraga*. Tratamiento de la hernias. Tésis de doctorado, 1891
(3) Revista de la Sociedad Médica Argentina, página 165, 1893.
(4) Anales del Círculo Médico Argentino, Junio 1882.
(5) Anales del Círculo Médico Argentino, Mayo, 1893.

terio, causa de perturbaciones funcionales en el presente, y que llegan al punto de constituir, para el porvenir, alteraciones irreparables. Otras son, sin embargo, las consideraciones que me inducian á proceder sistemáticamente con un mismo tratamiento.

Habia observado que en el soldado, el uso del braguero, mal aplicado, mal llevado, no podia jamás tener resultado; determinaba por el contrario accidentes molestos, escoriaciones, pequeñas inflamaciones; en otros eran dolorosas (12 veces en 35); y la hernia constituia al fin, para el soldado obligado al servicio activo, á marchas rápidas y prolongadas, ó bien una causa de eliminacion, ó un verdadero peligro, por la posibilidad del estrangulamiento, seguramente temible si se producia fuera de la ciudad, donde no es fácil contar con buenos y oportunos recursos quirúrgicos.

Luego, el hecho de que esta operacion, con los elementos de esterilizacion de que disponiamos, no podia constituir por si sola un peligro, nos animaba á ensayarla, convencidos que el fracaso no seria sinó en cuanto podia referirse á una recidiva.

Para hacer mas provechoso este plan, me propuse reunir todas las observaciones, de modo que llegado al término de cada série, pudiera suministrar algun contigente sobre el valor de la operacion y sus particularidades. Cuando ya hay tanto publicado sobre este asunto, es difícil agregar material nuevo, y es posible que al fin de cuenta yo no traiga sinó la confirmacion de otros hechos por experiencia propia.

La gran mayoria de mis operados han sido sujetos jóvenes, de 18 á 33 años, y solo se cuenta uno de 70 años. Las hernias del lado derecho, que son muy constantes antes de los cinco años y muy frecuentes despues(*Wernher*), yo tambien las he constatado. En mi série no figuran sinó doce del lado izquierdo, en tanto que las del lado derecho eran veintiuna y dos bilaterales. En cuanto al trayecto herniario, 27 eran oblicuas, 7 directas, pero de estas últimas, dos habian adquirido ese carácter secundariamente. Las hernias antiguas, anatómicamente oblicuas, se vuelven clínicamente directas: es posible hacer el diagnóstico antes de la operacion, pero no tiene ningun valor.

En las causas etiológicas, aparecen nueve veces el traumatismo y diez veces el esfuerzo como factor determinante. En trece casos la hernia se habia producido espontáneamente

y en tres el orígen era congénito. El traumatismo como causa esclusiva no puede ser admitido: no lo podria sostener, sinó favoreciendo la produccion de la hernia en sujetos predipuestos por una disposicion anatómica defectuosa de su pared abdominal, sea congénita, ó adquirida á causa de ciertas enfermedades anteriores que daban lugar á esfuerzos: he podido comprobar la preformacion del saco (Obs. 16) en un sujeto que habia visto producirse bruscamente la hernia despues de haber recibido un golpe en el bajo vientre. En cuatro de mis casos, las hernias producidas podrian ser consideradas como hernias de debilidad, y justifico esta clasificacion por el hecho de que los sujetos presentaban una extraordinaria depresibilidad del vientre, con la triple prominencia inferior, formada por un abultamiento medio y dos laterales correspondientes á los músculos anchos.

En la série que presento figuran cuatro de hernia estrangulada. Hasta el año 1551, este accidente no daba lugar á otro remedio que al taxis: — si no se reducia, la muerte seguia inmediatamente ó despues del *anus contra nature*. Despues, durante tres siglos, la kelotomia fué el recurso salvador, y entre nostros, la operacion con que *Pirovano* empezó á brillar (1). Hoy la cura radical debiera constituir el método de eleccion, con excepcion quizá de los casos en que se trate de sujetos decrépitos y profundamente debilitados, y aun en éstos tambien podria ensayarse, puesto que la operacion, si se esceptua la seccion de la piel, no es muy dolorosa. La he practicado una vez, sin cloroformo, y el sujeto manifestaba despues que no habia esperimentado dolor sinó en el acto de la primera incision y al aplicar las suturas: la diseccion laboriosa del saco que descendia hasta el testículo y la reseccion de trescientos gramos de epiplon no arrancaron ninguna queja al enfermo (Obs. 29).

En todo caso, creo firmemente que en la hernia estrangulada que no ha cedido al frio, á los medios suaves, el táxis, sobre todo despues de trascurridas mas de doce horas, expone á mas peligros que el tratamiento quirúrgico, y cuando uno se encuentre en un medio conveniente, con buenos elementos operatorios, convendria que el táxis fuera eliminado desde el primer momento.

---

(1) *I. Pirovano*—La herniotomia. Tésis. 1872.

Sabemos cuantos son sus inconvenientes. Como en el mayor número de veces, el agente del estrangulamiento es constituido por el cuello del saco, la reduccion en masa es posible y frecuente; otras veces, el agente del estrangulamiento puede situarse en la cavidad misma del saco, por adherencias á éste, por adherencias epiplóicas, ó por bridas accidentales. *Bönnecken*, en la clínica de Rostock, al mismo tiempo por *Clado* (1), han encontrado, en todos los estados del estrangulamiento, en la serosidad del saco herniario, varios tipos de bacterios capaces de determinar la septicemia intestino-peritoneal.

Despues de las veinticuatros horas, las lesiones del intestino, sobre todo en las hernias pequeñas, son frecuentes, y se vuelven temibles los peligros de la espectacion, que no podria admitirse sinó para el epiplocele; pero entonces sería menester establecer un diagnóstico preciso, que no siempre es posible. Luego, se citan por doquier las reducciones en masa, las falsas reducciones. Durante mi internado en el Hospital de Clínicas yo practiqué un taxis suave, en un caso, que fuera de allí había sido sometido á maniobras más violentas: la hernia se redujo con su gorgoteo característico, pero al dia siguiente los signos del estrangulamiento se habian acentuado. Fué operado, y se vió entonces que el anillo del saco se habia desprendido aisladamente, manteniendo fijo el asa del intestino (2). Este hecho es extraño y no he visto mencionado sinó tres análogos (*Laugier*, *Richet*, *Albert*) en la literatura médica extranjera.

Ninguno de los inconvenientes citados ofrece para el caso la cura radical.

Los métodos que hoy predominan en el tratamiento quirúrgico de las hernias, no podrian ser adoptados de un modo exclusivo, porque las condiciones varían para cada sujeto. El método inaugurado por *Steele*, en 1873, seguido años después por *Boyce Barrow*, *Schede*, *Socin*, *Boeckel*, *Czerny* y *L. Championnière*, que no consistia sinó en la extirpacion del saco herniario y la aproximacion de los pilares, ha quedado eliminado, y estos mismos autores han debido incorporarse á la nueva técnica operatoria, que tiende sobre todo á la reunion sólida de todo el trayecto herniario. Son los cirujanos ingleses

---

(1) *Congrés Francais de Chirurgie*—1887.

(2) *D. Decoud.* Laparotomia por estrangulamiento interno.—ANALES DEL CÍR. MÉD. ARG., t. XIV.

Thornley Stoker, *Barton* y *Stokes*, los iniciadores de esta innovacion, que se han apresurado á seguir los cirujanos de otros paises con pequeñas modificaciones.

Los buenos resultados de hoy con los nuevos métodos, superan en mucho á los de hace algunos años, aunque persiste siempre cierto número de recidivas. Sin embargo, si se consideraran solamente las hernias recientes, principalmente las epiplóicas, y aquellas cuya produccion es favorecida por un saco preformado, la cifra de las curaciones radicales sería constante.

El método de *Bassini*, (1) que ahora le llaman con mucha justicia «el método anatómico por excelencia», está basado en la conveniencia de reconstituir el canal herniario, dándole una nueva forma, mas sólida; pero no es aplicable en todos los casos. En las hernias de debilidad, en los individuos cuyo abdómen es de paredes flácidas, y con mas razon en los que presentan la triple prominencia *(Malgaigne)*, existe muy poco desarrollo de los planos musculares, especialmente del oblicuo menor y del trasverso, que descienden menos que en el estado normal. Comprobando ese hecho en el cadáver, he podido observar que las fibras de esos músculos, en la parte inferior aparecen en forma de manojos, que se disasocian á la menor traccion. Pues en esos casos, no se podria impunemente ejercer traccion sobre ellos para aproximarlos al arco de Falopio.

En las hernias directas, sean éstas primitivas ó producidas secundariamente, es al método de *Postempsky* al que doy la preferencia, obturando por completo el anillo inguinal externo, haciendo desaparecer todo el canal inguinal y dejando que el cordon siga su trayecto bajo la piel, para penetrar al abdómen por una pequeña abertura que trato de dejar muy alto, hácia la parte media del ligamento de Falopio, como para que describa, si es posible, un trayecto recurrente.

Así queda obstruido, por la aponeurosis resistente del oblícuo mayor, el punto débil y vulnerable, y es difícil entonces que la recidiva vaya á buscarse paso por un sitio donde otros planos musculares van á agregar su resistencia. En uno de mis operados (Obs. 31), para variar aun más las condiciones de su estática abdominal, fijé el pedículo del saco á la pared muscu-

---

(1) *Edoardo Bassini.* Nuovo método operativo per la cura dell'ernia inguinale.—Padova, 1889.

lar, dos centímetros por encima del anillo interno, en una forma análoga á la que practica *Barker*.

Cuando se trataba de hernias oblicuas, enteroceles ó epiploceles, procedia á la reconstitucion del canal inguinal, con más solidez, estrechando su pared anterior, laxa y debilitada y aminorando á su justa proporcion el anillo inguinal externo. No he hallado entonces demasiado blanda la pared posterior, como para verme obligado á bajar y suturar los músculos oblicuo menor y trasverso, pero no dudo que lo haria, sobre todo si las condiciones anatómicas del caso, me animaran á preferir esa conducta en vez de la supresion del canal inguinal, en la forma que he descrito (1).

Hago la incision cutánea bastante extensa, como para descubrir ámpliamente todo el trayecto del canal inguinal. En los sujetos delgados, una herida de seis centímetros puede ser suficiente, pero en los que tienen un panículo adiposo abundante la incision no deberá ser menor de diez centímetros y situada en toda la extension sobre el arco de Falopio, sin avanzar sobre el escroto, ni aun cuando la hernia baje hasta el testículo. Es en los sujetos gruesos que existe más á menudo un gran apartamiento de los pilares del anillo inguinal, y he necesitado en ellos, sobre todo, incisiones muy externas para descubrir la aponeurosis del oblicuo mayor. En ocasiones este apartamiento es considerable: en un caso (Obs. 28) el pilar externo llegaba á la parte media del arco de Falopio.

Una vez que quedan en descubierto las fibras nacaradas de la aponeurosis siempre muy fácil de reconocer, yo procedo á abrir el canal inguinal y mantengo los bordes aponeuróticos por medio de las pinzas de Kocher. Esto, que puede ser un segundo tiempo en las hernias escrotales, es imprescindible en las hernias pequeñas, porque de otro modo seria del todo ingrata la tarea de hallar el saco, á veces muy fácil, como en las hernias directas, pero que presenta otras dificultades si es

---

(1) Posteriormente, en la nueva serie que he iniciado, he adoptado un nuevo procedimiento, que tiene indicaciones especiales y que será objeto de otra comunicacion.

Consiste en la formacion de una pared posterior más resistente, y la realizo por medio de una sutura continua á doble plano, que fija la porcion músculo-aponeurótica al ligamento de Falopio, con supresion del canal inguinal. Aunque participa de los métodos de *Bassini* y de *Postempsky*, no es ninguno de los dos.

intrafunicular. Cuando es pequeño, aunque lo cubran envolturas fibrosas y musculares, es muy fácil aislarlo por la simple traccion, y uso muy poco la tijera en las otras condiciones. No he empleado la diseccion metódica por instrumento cortante.

Los diversos planos anatómicos que envuelven el saco varian de un sujeto á otro, y en las hernias antiguas, sobre todo en los sujetos que han usado braguero, la extratificacion desaparece, al punto que queda convertida en una envoltura fibrosa, á veces difícil de aislar. En uno de mis casos (Obs. 35), estas diversas capas, sin ninguna adherencia á la hernia, formaban un saco completo al saco peritoneal, de modo que tuve que formar un doble pedículo. No podria ensayar de establecer una regla precisa sobre estas variaciones, y creo más bien que dependen de disposiciones anatómicas anteriores. En ocasiones me ha sido dado hallar el saco únicamente formado por el peritoneo, y es entonces que su aislamiento ha sido fácil y rápido; cuando por el contrario, las diversas capas lo envuelven, su espesor es distinto en cada parte y la diseccion muy laboriosa: esos casos corresponden más frecuentemente á las hernias congénitas y á ellos se agrega á veces la diseminacion de los elementos del cordon (Obs. 17 y 24).

Algunos cirujanos, *Kraske Kœnig*, aconsejan castrar el testículo, casi siempre atrofiado en las hernias congénitas intrafuniculares. Yo no he tenido necesidad de recurrir á ese medio.

He observado en tres ocasiones la presencia de un cordón fibroso, delgado y adherido al saco, el *filum terminale*, que representa los últimos vestigios del canal peritoneo-vaginal obliterado. Este cordón tiene á veces analogías muy aparentes con el conducto deferente y se hace necesaria su sección durante la disección del saco. Lo he observado en los casos en que la hernia estaba envuelta por los elementos del cordon, y es entonces cuando su diferenciacion del conducto deferente es más difícil. Para distinguirlo, baste recordar que este último se encuentra más próximo á los vasos y nervios, y disecando hácia arriba el *filum terminale*, se vé que termina en un punto más ó menos próximo.

El lipoma subseroso, al que *Roser* atribuia un gran valor etiológico en la produccion de las hernias crurales é inguinales internas, y *Linhart* en las obturatrices y umbilicales, lo he

hallado cinco veces, tres en hernias oblícuas (Obs. 15, 18, 21) y dos en hernias directas (Obs. 11 y 34), en la forma de un pelotón grasoso del volúmen de una nuez, fijo al fondo del saco por un pequeño pedículo.

El saco puede ser bilobulado, tabicado, múltiple. Yo lo he encontrado siempre único y en la mayor parte de los casos rodeado por el cremaster, entre la facia de Cooper adelante, y la facia traversalis atrás. En las hernias oblícuas adquiridas y en las congénitas, el saco se encuentra casi siempre por delante ó por encima del cordon. No lo he hallado por detrás sinó en cuatro ocasiones: dos veces coincidía con una inversion del epididímo (Obs. 16 y 27) y en otras dos no correspondía á ninguna anomalía (Obs. 11 y 31). En las hernias directas el cordon está por fuera del saco y á veces lo cubre en una pequeña parte. Conviene en todo caso, para darse cuenta de la posicion del cordon, hacer la exploracion de sus relaciones antes de la operacion, que así se facilita mucho su encuentro ulterior.

El espesor del peritoneo que forma el saco es variable, á veces muy delgado, más aun que el peritoneo parietal, y se desgarra con facilidad, y en ocasiones de paredes densas, fibrosas (Obs. 7). De una manera general, se puede asegurar que este espesamianto está en relacion con el tiempo que ha durado la hernia, pero eliminamos de esta ley las hernias congénitas y aquellas que se producen en una persistencia del conducto peritoneo-vaginal solamente obliterado al nivel de la envoltura vaginal. Otras causas influyen para el espesamiento uniforme ó parcial, como ser el uso de bragueros y las irritaciones locales que producen las adherencias de las vísceras y del epiplon á sus paredes.

En uno de mis casos (Obs. 33) hallé dentro del saco un quiste fijado á su pared superior por un pedículo muy ancho y que contenía un líquido verdoso, gelatinoso. En dos casos (Obs. 14 y 26) el saco entraba en la categoria de aquellos que tienen cuellos múltiples. Las observaciones 1, 12, 15, 16, 24, 26, en que las hernias se han formado bruscamente hasta el escroto por causa de un esfuerzo, creo que corresponderían á la categoria de los sacos preformados por obliteración incompleta del conducto peritoneo-vaginal. En la operacion he creído poder confirmar ese hecho, por la continuidad hacia abajo del fondo de saco inferior.

En las hernias escrotales, casi siempre me ha sido fácil hacer el diagnóstico de su contenido, antes de la operacion, por medio de la percusion y de los caracteres que presentaba la reduccion del saco. Así he constatado ocho hernias epiplóicas y dieciseis hernias intestinales. No me he detenido á comprobar este diagnóstico en los bubonoceles, porque no ofrecía interés práctico para el acto operatorio.

Solo en las hernias estranguladas y en dos casos en que existían adherencias (Obs. 8 y 9) he encontrado el saco lleno. En las hernias escrotales, y con más razón en los bubonoceles, en que hubiera deseado encontrar el saco habitado para facilitarme su encuentro y su diseccion, no lo he conseguido, porque el contenido se reducia durante el momento de la limpieza preoperatoria, y no era posible volver á producirla á causa de la contraccion del cremaster. Pero si el caso era de epiplocele, una vez abierto el canal inguinal hasta el anillo interno y aislado el saco, era fácil extraerlo del fondo de éste, para resecarlo en la extensión que cediera á una traccion suave. En otras ocasiones el epiplon venia por la simple compresion; pero esta maniobra nunca me ha dado resultado para hacer aparecer el intestino. En las hernias antiguas el epiplon se encuentra muy alterado y aparece convertido en una masa densa, fibrosa, de la cual ha desaparecido gran parte del tejido adiposo (Obs. 10 y 33), constituyendo á veces un peloton duro, informe, pesado hasta 250 gr. (Obs. 33).

Cuando las adherencias eran del epiplon, he prescindido de ellas, porque las seccionaba por arriba, con el pedículo del saco, despues de ligada esta membrana; cuando eran del intestino, las adherencias blandas cedian fácilmente y en las que eran muy duras, difíciles de desprender, he preferido abandonarlas con una pequeña porcion del saco.

En las hernias estranguladas, la reduccion es fácil, despues de abierto el saco. En un caso de hernia del ciego (Obs. 7) esta reduccion ofreció dificultades especiales. La víscera estaba sumamente dilatada por los gases y aun abierto todo el canal inguinal y seccionado el agente del estrangulamiento, no me fué posible durante largo rato, á pesar de la presion en diversas direcciones, obtener su entrada á la cavidad. Me disponia entonces á ensanchar aun mas la herida abdominal, cuando con una simple presion la víscera se insinuó lentamente y se redujo sin esfuerzo.

Una vez formado el pedículo del saco, tan alto como es posible aislarlo, procedo á su ligadura con el nudo de *Lawson Tait* y luego á la reconstruccion de la pared abdominal ó del canal inguinal. Si es este último, las pinzas de *Kocher* que han mantenido aislados los bordes aponeuróticos del oblícuo mayor, me facilitan el trabajo de una sutura contínua que se prolonga hasta no dejar sinó una pequeña abertura para el pasaje del cordon. Comprendo en estas suturas, á mas de la aponéurosis, todos los tejidos blandos inmediatos, de modo que se reconstituya una pared sólida á ese nivel. Despues procedo á la sutura de la piel por puntos separados.

Antes de ahora usaba para la ligadura de los pedículos epiplóicos y del saco herniario, y para las suturas internas, el catgut preparado al *oleum juniperi*, y empleaba en las suturas externas crin de Florencia ó seda hervida en una solucion de bicloruro de mercurio al dos por mil. Desde hace algunos meses, empleo exclusivamente, en todas las suturas y ligaduras, la seda esterilizada en el aparato de *Sorell*, con el que se obtiene una temperatura de 137 grados de calor húmedo bajo la presion de dos atmósferas. He suprimido igualmente el drenage, que no tiene objeto en operaciones asépticas y que puede favorecer por el contrario la exsudacion y la hemorragia,—y desde que empleo estas modificaciones, las fistulitas que antes persistian por algunos dias despues de quitadas las suturas, no han vuelto á producirse.

Los cuidados antes de la operacion, se reducen á la administracion de un purgante salino el dia antes, y á la perfecta limpieza del campo operatorio. Durante la operacion no empleo ningun antiséptico, la herida no es lavada, y la curacion ligeramente compresiva, es hecha con gaza y algodon esterilizados. La operacion dura, por lo general, treinta y cinco minutos.

Al dia siguiente administro un purgante de calomel, con el cual he logrado una rápida desaparicion de las pequeñas molestias post-operatorias; y las suturas las quito al cuarto ó quinto dia, en que la herida se encuentra ya cicatrizada. Desde entonces el enfermo recupera, en cuanto á la alimentación, su régimen habitual y permanece en cama hasta el vigésimo ó vigésimo quinto dia.

Creo que en ningun caso despues de la operacion debe haber dolor. El enfermo no experimenta sinó una molestia soportable,

y rara vez he debido recurrir á los hipnóticos para producir el sueño en la primera noche. Desde el dia siguiente toda sensacion penosa debe desaparecer, y si persiste es indicio de que algun proceso se desarrolla. Los pequeños accidentes que han ocurrido en mis operados, han sido siempre fugaces, y si bien es cierto que en tres casos se produjeron manifestaciones sépticas, jamás estas complicaciones constituyeron un peligro.

He constatado un hecho que recientemente ha publicado *Lawson Tait* (1) y que él considera como constante siempre que se abre la cavidad peritoneal : es la extraordinaria sed que sufre el operado, y esto ha ocurrido siempre, en todos. Los vómitos se han producido muy rara vez, y cuando han occurrido he podido ver su cesacion, debido al mismo método del eminente cirujano inglés : la supresion de los líquidos, del hielo, en primer lugar.

La *fiebre traumática*, que segun los autores antiguos « Dios la daba », yo no la he visto en mis operados, aunque muchos de ellos eran palúdicos y alcoholistas, y tambien reumáticos. No hago entrar en esa categoría la ligera reaccion febril que se produce despues de la operacion : la temperatura llega á veces á 38 grados (14 veces en 35) sea en la primera noche, sea en la siguiente, y se acompaña de peritonismo, caracterizado por el dolor difuso abdominal, poco acentuado, paresia intestinal y timpanismo. La administracion de un gramo de calomel ha hecho desaparecer estos accidentes con mucha rapidez. El *peritonismo* (14 veces) ha sido constante en las ocho ocasiones en que se hizo la reseccion del epiplon.

En dos casos de hernia estrangulada (obs. 5 y 7), la *parálisis intestinal* persistió cuatro dias despues de la reduccion, á pesar de la administracion de purgantes. En ocho casos ha habido *retencion de orina* bajo la forma indolente, vencida por lo general con dos ó tres cateterismos, si bien en un caso duró cinco dias (Obs. 18). Esta complicacion que se atribuye á diversas causas, al abultamiento inflamatorio, al modo de curacion, al dolor, á la presion de los músculos abdominales, al cloroformo, á la paresia vesical (2) no tiene una explicacion satisfactoria y quizá corresponda más frecuentemente á los psicópatas uri-

---

(1). *British Medical Journal*, Nov. 12 de 1892.

(2). *Guépin*. De la rétention d'urine chez les opérés. *Gazette des Hôpitaux*, 18 mars 1893.

narios (Jannet). La *tos* con ligera *congestion pulmonar* la he observado en cuatro ocasiones. Dos veces se han producido *hematomas* que se han reabsorbido al cabo de algunos dias: provenian sin duda de una hemostasia imperfecta, y creo que siempre convendrá ligar la pudenda externa que persiste en dar sangre en el ángulo inferior de la herida. En otras dos ocasiones he visto formarse al cuarto ó quinto dia una tumefaccion poca dolorosa en todo el trayecto del cordon. Era la *colonne charnue* que *Championnière* ha descrito como ocurrente despues de las operaciones que han necesitado una diseccion minuciosa y que *Reclus* considera como una simple funiculitis (1). En tres casos, uno de los cuales correspondia á una hernia estrangulada, se han producido *flemones* que dos veces llegaron hasta las bolsas: es indudable que fueron debidos á alguna omision de las prácticas asépticas. En éstos, la temperatura y el pulso ascendieron gradualmente, y la herida operatoria debió despues cicatrizar por segunda intencion, circunstancia que no comprometia el éxito de la operacion, y acaso mas bien la favorecia, si recordamos los magníficos éxitos obtenidos por *Max Burney*, de Nueva-York, que deja que la herida de sus operados de hernia, cicatrce por tejido de granulacion, apoyado en el hecho de que los cicatrices más sólidas son las que siguen á una larga supuracion.

En el mayor número ha habido ausencia completa de accidentes y la cicatrizacion ha tenido tiempo de fortificarse durante la permanencia de veintiun dias de cama. Despues, ninguno de mis operados ha usado braguero. Lo considero inútil en aquellos en quienes he practicado la reseccion de epiplon, puesto que ha desaparecido uno de los principales agentes, y no lo he creído necesario en los otros, pero es posible que su uso tenga indicaciones especiales en determinados casos. Sin embargo, con el nuevo mètodo que ahora ensayo, su empleo queda completamente eliminado.

Sería prematuro que yo hablara por experiencia propia del resultado definitivo de este tratamiento quirúrgico de las hernias. Aunque alguno de mis sujetos lleva mas de dos años de operado sin recidiva, los demás son de fecha relativamente reciente, pero me encuentro en condiciones de poder observarlos de nuevo, si el hecho se produce, y esta circunstancia me favo-

---

(1) *Traité de Chirurgie*, t. VII pág. 220.

recerá para poder afirmar despues, apoyado en una estadística completa, el valor de esta operacion.

Agrego en las observaciones que siguen un breve resúmen de las historias que se llevaron minuciosamente para cada enfermo.

Observacion 1.—Julio 4 de 1891—Hombre de 30 años, almacenero—*Enterocele escrotal izquierdo*, oblícuo, producido hace cuatro años á consecuencia de un esfuerzo.—Ha usado braguero.—Estrangulada 24 horas antes, sin causa aparente.—Operacion con los doctores Tognola y Pistoni.—Algunos pequeños quistes serosos cubren el cuello del saco.—Dificultad para apartar los elementos del cordon que se encuentran desparramados sobre el saco.—Extirpacion del saco, sin abertura del canal inquinal.—*Duracion de la operacion:* 28 minutos.—El drenaje fué quitado al dia siguiente, las suturas permanecieron hasta el 16.—La temperatura alcanzó el primer dia á 38 grados, y se normalizó desde el siguiente dia.—Despues no ha usado braguero, y en dos años no ha recidivado.

Observacion 2.—Mayo 20 de 1892—Soldado de 37 años—*Bubunocele izquierdo.* Data de 3 años, directo, orígen traumático. Reductible y doloroso. —Usa braguero.—Reseccion del saco, y ligadura encadenada con catgut.—Sutura con crin de Florencia.—La operacion dura 45 minutos.—El drenaje permanece tres días.—Temperatura 38.5 el primer día, 38 el segundo, y se normaliza despues de la administracion de un purgante.—Pulso subió á 104.—Las suturas se quitaron al octavo dia.—Cicatrizacion perfecta.

Observacion 3.—Junio 4 de 1892—Hombre de 70 años—*Enterocele escrotal* del lado derecho. Hernia oblícua, producida espontáneamente hace tres años y que había aumentado gradualmente.—Ha usado braguero.—Estrangulamiento por causa de un esfuerzo hace 26 horas.—Ha sido sometido al taxis violento durante largo rato en tres ocasiones fuera del Hospital.—Operacion con el doctor Alagon y los practicantes Acuña y Massot.—Saco lleno de serosidad sanguinolenta y coágulos fibrinosos, intestino morado, húmedo.—Reduccion laboriosa.—Reseccion del saco y sutura con catgut.—Drenaje—Duracion de la operacion, 60 minutos.

La temperatura máxima fué de 38.3 y al quinto dia subió á 39.2 con bronquitis y congestion pulmonar; quitado el vendaje se observó un gran edema del escroto. Dos dias despues aparecieron dos pequeñas placas de gangrena en el escroto, que no se extendieron más.—En seguida la temperatura se normalizó, y tanto las porciones mortificadas como la herida operatoria, curaron por segunda intencion.—No ha habido recidiva.

Observacion 4.—Junio 17 de 1892—Hombre de 38 años—*Bubonocele* del lado izquierdo, oblícuo.—Orígen espontáneo, desde hace dos meses.—No ha usado braguero.—Incision y abertura del canal inquinal—Fácil diseccion del pequeño

saco.—Duracion, 35 minutos.—Drenaje quitado al cuarto dia.—Temperatura máxima de 38 grados y 90 pulsaciones.—Purgante al tercer dia.—Curacion por primera intencion.

Observacion 5.—Junio 27 de 1892—*Hernia traumática estrangulada*—Dos dias antes habia sido herido inmediatamente por encima del arco de Falopio en una extension de tres centímetros, que abria parte del canal inquinal.—La primera curacion que le hicieron consistió en la sutura de la piel únicamente.—Al dia siguiente hernia voluminosa del intestino y epiplon, estrangulada por las fibras aponeuróticas del oblícuo mayor.—Operacion con los doctores Cabezon y Coelho.—Reconstitucion de la pared y sutura con seda.—Drenaje.

A pesar de habersido vencida la causa de la estrangulacion, los accidentes persistieron cuatro dias más, aunque sin signos alarmantes y á pesar de la administracion de purgantes.—La paresia intestinal fué vencida al fin con la enterocliisis.—Algunos puntos de la herida cutánea supuraron, y una parte de la herida cutánea cicatrizó por tejido de granulacion.

Observacion 6.—Julio 28 de 1892.—*Bubonocele* del lado derecho.—Hernia directa de hace dos meses, producida por un traumatismo de la region hipogástrica.—Dolor espontáneo y provocado.—Operado con los doctores Sotuyo y Lobos y los internos Munig y Rivero.—Extirpacion del saco, ligadura con catgut.—Drenaje.—La operacion duró 30 minutos.—El drenaje fué quitado á los dos dias y las suturas siete dias despues.—No hubo aumento de la temperatura.—Cicatrizacion perfecta por primera intencion.

Observacion 7.—Agosto 12 de 1892.—Soldado de 30 años.—*Enterocele escrotal* del lado derecho, oblícuo.—Se produjo hace catorce años por causa de un esfuerzo y ha aumentado lentamente.—Era fácilmente reductible y siempre doloroso.—Irreductible desde hace tres dias despues de una marcha prolongada.—Los accidentes de estrangulacion se han acentuado notablemente; la hernia forma un tumor de 44 centímetros de circunferencia.—Operacion con el doctor Sotuyo y los internos Erbling, Rivero, Orfila, Acuña y Garcia.—Abierto el saco se encontró el ciego, dilatado por gases.—A pesar de haberse descubierto todo el trayecto del canal inguinal y debridado el anillo interno, la reduccion fué muy laboriosa.—Reseccion del saco.—Ligadura y sutura de la aponeurosis del oblicuo mayor con catgut.—Sutura de la piel con crin de Florencia.—Drenaje.—La operacion duró 80 minutos.

En la noche la temperatura subió á 38.4, el pulso á 108.—En la noche siguiente alcanzó á 39.

El dia 14, tres dias despues de la operacion, la temperatura continuaba elevada, en 39 grados, pero el pulso se conservaba bien.—El cambio de la curacion no reveló nada anómalo en la herida.—Se le dió una dósis de calomel (0.80) que no produjo efecto.—La paresia intestinal, con síntomas de congestion pulmonar continuó hasta el 16, en que fué vencida con un purgante de aceite de ricino.—Luego la temperatura empezó á bajar, y al octavo dia se quitaron

los puntos de sutura.—La herida se encontraba cicatrizada, pero al nivel del drenaje persistió una pequeña fístula, poco supurante, que se agotó al cabo de 25 dias.

Observacion 8.—Agosto 27 de 1892—Soldado de 25 años.—*Enterocele funicular*, oblícuo del lado derecho.—Data de tres años y ha aumentado de volúmen en los últimos tiempos á causa de las largas marchas que ha debido efectuar.—El orígen de la hernia parece haber sido espontáneo (hernia de debilidad).—Es dolorosa cuando no usa braguero, y le es muy difícil mantener éste fijo sobre el anillo inguinal.—Operacion con los doctores Sotuyo, Alagon y los internos.—Descubierto el saco, se observó que el intestino no se reducía completamente, á causa de una adherencia blanda, situada próxima al cuello, y que fué fácilmente desprendida.—Ligaduras y suturas internas con catgut.—Sutura externa con crin de Florencia.—Drenaje.—La operacion duró 50 minutos.—La temperatura subió á 38 grados, la primera y segunda noche.—Al tercer dia se le quitó el drenaje y se le administró un purgante.—Persistieron algunos ligeros dolores abdominales difusos.—La herida estaba cicatrizada al octavo dia.

Observacion 9.—Setiembre 7 de 1892.—Marinero de 25 años.—*Enterocele escrotal*, del lado derecho, oblícua.—Data de un año y se produjo por causa de un esfuerzo.—Era fácilmente reductible y no dolorosa.—No ha usado braguero.—Operacion con el doctor Palma y los internos Acuña y Rapela.—Abertura del canal inguinal y reseccion del saco.—Al nivel del anillo interno se encontraba adherido el apéndice vermicular, que fué librado de sus adherencias.—Ligadura y sutura al catgut.—Sin drenaje.—La operacion duró 55 minutos.

La temperatura subió á 38 grados y á 38.4 el segundo dia y luego bajó á la normal con la administracion de un purgante.—Al séptimo dia, cuando se le quitaron las suturas, se observó en el sitio de la herida, ya cicatrizada, un tumor del volúmen de un huevo de gallina indoloro.—La temperatura volvió á subir á 39.2, pero con la abertura del abceso, los accidentes pasaron y la curacion se completó en pocos dias.

Observacion 10.—Octubre 2 de 1892.—Soldado de artillería de 32 años.—*Epiplocele escrotal.*—La hernia data de doce años, es oblícua, del lado derecho. Se produjo á causa de un esfuerzo y presenta una gran dilatacion del anillo externo, donde fácilmente penetraban dos dedos.—Ha usado braguero con largos intervalos.—Operacion con los doctores Cabezon y Sotuyo, y los internos.—Una vez aislado y abierto el saco, fué fácil traer hácia afuera, por medio de una pinza, el epiplon que se había reducido.—Presentaba una textura fibrosa en su mayor extension.—Reseccion de 120 gramos.—Los pedículos epiplóico y el saco fueron ligados con catgut.—Los pilares del anillo inguinal fueron aproximados y suturados con catgut.—Suturas externas con seda.—Drenaje.—La operacion duró 55 minutos.—De noche dolor difuso abdominal, soportable, con poca reaccion febril y retencion de orina, vencida con un cateterismo.—Al ter-

cer dia estos accidentes cesaron con la administracion de un purgante.—Las suturas se quitaron al octavo dia.

Observacion 11.—Octubre 16 de 1892.—Oficial de 24 años.—*Bubonocele* directo de orígen traumático, del lado izquierdo, producido á causa de un golpe contundente sobre el arco de Falopio.—Muy doloroso á la palpacion y espontáneamente.—Operacion con el doctor Palma y los internos Acuña, Rapela y Orfila. —Incision á un centímetro sobre el ligamento, hasta el nivel del anillo interno que es puesto en descubierto.—En este sujeto fué muy difícil hallar el pequeño saco, que al fin fué descubierto atrás del cordon.—Reseccion del saco y de un lipoma herniario.—Ligadura y sutura con catgut; sutura de la piel con crin de Florencia.—Drenaje.—Duracion de la operacion, 55 minutos.—La temperatura máxima fué de 37.3—El drenaje fué sacado al tercer dia, las suturas al séptimo.—En el sitio del drenaje quedó una pequeña fístula, poco supurante, que duró cerca de quince dias.

Observacion 12—Noviembre 25 de 1892.—Hombre de 23 años—*Enterocele escrotal* del lado izquierdo, estrangulado desde 50 horas.—Bubonocele del lado derecho.—La hernia izquierda empezó hace seis meses, á causa de un esfuerzo, cuando de pronto, despues de una larga marcha, aumentó bruscamente y se volvió irreductible. Pulso acelerado, operacion con los doctores Lobo, Alagon y los internos del servicio. Abertura del canal inguinal. Abierto el saco se constató que el agente de la estrangulacion se situaba al nivel del anillo interno —Reduccion. Reseccion del saco.—Ligadura y sutura con catgut.—Sutura de la piel con seda.—Drenaje.—Duracion de la operacion, 55 minutos. De noche 38.2.—Al dia siguiente lijero dolor abdominal difuso, con timpanismo, tos. Estos accidentes cesaron despues de la administracion de un purgante.—El tubo de drenaje se quitó al dia siguiente, las suturas al octavo dia. Algunos puntos supuraron, pero una semana despues la cicatrizacion era perfecta.

Observacion 13.—Noviembre 20 de 1892.—Soldado de caballería, de 20 años de edad.—*Enterocele escrotal oblicuo*, del lado derecho.—Comienzo expontáneo hace dos años y ha aumentado progresivamente. Ha usado bragero muy poco tiempo. La hernia es muy dolorosa cuando no está reducida. Operacion con los internos Acuña, Rapela y Orfila. Reseccion del saco hasta el anillo interno. Ligadura y sutura del canal inguinal con catgut. Sutura de la piel con seda. Drenaje. Duracion de la operacion, 40 minutos. De noche temperatura 38 grados. Retencion de orina. El dia 22, la temperatura se normalizó despues de la administracion de un purgante. Al cuarto dia se quitó el tubo de drenaje, y al séptimo las suturas. La cicatrizacion era perfecta.

Observacion 14.—Diciembre 15 de 1892.—Soldado de caballería, de 29 años.—*Entero-epiplocele escrotal*, oblicuo, de orígen congénito, del lado derecho. Ha usado braguero á intervalos, y no le molesta sinó cuando hace

ejercicios prolongados. Operacion con los doctores Sotuyo y Lobos y el interno Sr. Acuña.—El saco desciende hasta el testículo, del cual, al ser separado, se abre la viginal, que luego se sutura. El saco presenta dos estrechamientos. Reseccion y sutura con catgut. Suturas externas con seda. Drenaje. La operacion duró 45 minutos. De noche el pulso subió á 96 y la temperatura á 38.2.—Retencion de orina.—Al dia signiente se le hizo un enema y la temperatura se regularizó. El drenaje se quitó al cuarto dia y las suturas al octavo, en que la herida ya estaba cicatrizada.

Observacion 15.—Diciembre 22 de 1892.—Soldado de infanteria de 29 años de edad.—*Epiplocele escrotal* oblícuo, del lado derecho. Data de dos años y se produjo espontáneamente.—Hace ocho meses aumentó bruscamente á consecuencia de un violento esfuerzo. No ha usado braguero.—No es doloroso.—Operacion en presencia del Dr. Alagon y los internos Acuña, Ramblan y Orfila.—Abertura de todo el canal inguinal.—Extirpacion de un voluminoso peloton grasoso pre-herniario.—Fácil aislamiento del saco, de gruesas paredes.—Reseccion del saco y de 100 grs. de epiplon. Sutura con catgut, así como de la pared anterior del canal. Sutura de la piel con seda.—Drenaje.—Duracion de la operacion: 35 minutos. No hubo aumento de la temperatura. Al cuarto dia se quitó el tubo de drenaje y el octavo las suturas. Algunos puntos supuraron lijeramente.—Al decimo dia, se produjo una funiculitis poco dolorosa, con edema del escroto y sin reaccion febril.—Este accidente pasó en diez dias con la aplicacion de cataplasmas antisépticas.

Observacion 16.—Enero 3 de 1893.—Soldado de infanteria, 28 años.—Sirve en el ejèrcito desde hace 10 meses.—*Entero epiplocele escrotal*, oblicuo, del lado derecho, producido bruscamente hace tres meses á consecuencia de un golpe en la region inguinal.—El braguero le produce dolor. Es fácilmente reductible. Operacion con el doctor Palma y los internos Acuña, Orfila y Rapela. Incision de 10 cent. á partir de la parte media del arco de Falopio hasta la raiz de las bolsas. Dificultad en aislar el saco que está envuelto por los elementos al cordon. Se reconoce entonces que el trayecto va hasta el testículo, y por consiguiente que esta hernia se ha producido en el conducto peritoneo vaginal no obliterado. Se forma una envoltura vaginal y se reseca 120 grs. de epiplon. Ligaduras y suturas con seda. Drenaje.—Duracion de la operacion: 1 hora 35 minutos. De noche retencion de orina, que persistió al dia siguiente. Cateterismo tres veces.—Temperatura 38.—El dia 5 se le administró un gramo de calomel, el 6 se quitó el tubo de drenaje, el 10 las suturas. Al nivel del drenaje persistió durante algunos dias un punto fistuloso, poco supurante.

Observacion 17.—Enero 4 de 1893.—Soldado de 24 años.—*Bubonocele oblicuo* del lado derecho.—Data de un año, se produjo espontáneamente y ha aumentado poco á poco. Siente dolor durante la marcha. No ha usado braguero.—Operacion con los internos Acuña, Orfila y Rapela.—Incision de 8 cent. sobre el ligamento de Falopio. El cordon es puesto en descubierto en

todo el trayecto del canal inguinal.—Diseccion laboriosa del saco, que está envuelto por los elementos del cordon. Reseccion y ligadura con catgut. Sutura de la aponeurosis y de la piel con seda. Drenaje. La operacion duró 50 minutos. De noche retencion de orina, vencida con un solo cateterismo.—La temperatura subió á 38 grados, al dia siguiente á 38,3 con 96 pulsaciones. Lijero timpanismo y vómitos. Estos accidentes siguieron hasta el tercer dia, en que terminaron con la administracion de un purgante. Los puntos de sutura se quitaron al quinto dia.—La cicatrizacion de la herida fué normal.

Observacion 18.—Enero 6 de 1893.—Soldado músico (piston) desde hace 3 años.—*Bubonocele* del lado izquierdo, oblicuo, formado espontáneamente hace siete meses. Ha usado braguero.—La hernia es poco dolorosa. A la palpacion se nota el anillo inguinal muy agrandado.—Operacion con los internos Acuña, Orfila y Rapela.—Incision de 8 cent. sobre el ligamento de Poupart y abertura del canal inguinal. Diseccion y extirpacion de un lipoma preherniario.—Reseccion de un pequeño caño. Ligaduras con catgut. Suturas con seda. Drenaje. Duracion de la operacion, 35 minutos. Retencion de orina durante 5 dias, en que fué menester practicar el cateterismo con intérvalos de seis horas. El tubo de drenaje y las suturas se quitaron al quinto dia, en que la herida ya estaba cicatrizada.—En este enfermo la temperatura no pasó de 37 grados.

Observacion 19.—Enero 10 de 1893.—Soldado de caballeria de 31 años. *Enterocele escrotal*, oblicuo, del lado derecho, que empezó á producirse espontáneamente hace cuatro años.—Ha usado braguero, es fácilmente reductible y nunca ha sufrido dolores. Operacion con los doctores Sotuyo y Vargas y los internos del servicio.—Incision de 10 cent. Abierto el canal inguinal, el saco es hallado en la parte anterior del cordon, del cual es fácilmente separado Presenta paredes muy espesas. Reseccion del saco y ligadura con catgut. Sutura de la aponeurosis con seda y de la pared abdominal con crin de Florencia.—Drenaje. Duracion de la operacion: 40 minutos. La temperatura subió á la noche á 38 grados y 95 pulsaciones. Al dia siguiente se le dió un purgante y la temperatura se normalizó. El tubo de drenaje fué quitado despues de 24 horas, las suturas al sexto dia. Buena cicatrizacion.

Observacion 20.—Enero 26 de 1893.—Soldado del cuerpo de inválidos de 37 años.—*Enterocele escrotal*, oblicuo, del lado izquierdo, que se produjo hace quince años, poco tiempo despues de una caída de caballo. Ha usado braguero á cortos intervalos, y al fin lo ha dejado por causa de los dolores que le producia. La hernia aumenta por el ejercicio y entonces se vuelve difícilmente reductible.—El anillo inguinal externo muy ensanchado. Operacion con el Dr. Palma y los internos Orfila y Rivero. Incision de 10 cent. y abertura del canal inguinal. El saco se encontraba detrás del cordon por causa de la inversion del epidídimo. Presentaba paredes muy espesas. Reseccion hasta el anillo interno. Suturas internas con catgut y externas con seda.—Drenaje. Duracion de la operacion, 45 minutos; la reaccion febril no

pasó de 37.8.—Al cuarto dia se quitó el drenaje y al sexto las suturas. La cicatrizacion era perfecta y la fistulita que quedaba en el sitio del drenaje se cerró en menos de una semana.

Observacion 21.—Enero 30 de 1893—Soldado de infantería de 17 años.—*Epiplocele escrotal*, del lado izquierdo, oblícuo.—Empezó á producirse espontáneamente á la edad de diez años y ha aumentado desde que entró al servicio del ejército hace trece meses. No ha usado braguero. Es dolorosa. La hernia baja á las bolsas mientras anda de pié y se reduce espontáneamente en la posición horizontal. Operacion con los internos Orfila y Rivero. Incision y abertura del canal inguinal. Se extirpan dos pequeños lipomas pre-herniarios. Reseccion de 30 gramos de epiplon y del saco, cuyas paredes son de regular espesor. Ligaduras y suturas internas con catgut. Suturas externas con seda. Drenaje.—Duracion de la operacion, 40 minutos. Al dia siguiente la temperatura alcanzó á 38 grados y bajó á la normal despues de la administracion de un purgante. El drenaje se quitó al segundo dia, las suturas al sexto, en que la cicatrizacion era perfecta.

En este enfermo se produjo, despues de la administracion del calomel gingiritis y salivacion durante diez dias.

Observacion 22.—Febrero 4 de 1893.—Soldado de infantería de 27 años.—*Epiplocele escrotal* del lado derecho.—Data de dos años atrás y se formó espontáneamente: ha aumentado gradualmente. La hernia se forma y se reduce muy fácilmente: en el anillo inguinal externo penetran con facilidad tres dedos. No es dolorosa y no ha usado braguero.—Operacion con el doctor Lobo y el interno señor Orfila. Incision de la piel y abertura del canal inguinal. El saco es fácilmente aislado de la parte anterior del cordon, pero al desprenderlo de la vaginal ésta es abierta en una extension de 2 centímetros. Reseccion de 98 gramos de epiplon. en gran parte adherido al saco. Ligaduras y suturas internas con catgut, de la piel con seda.—Drenaje.—Duracion de la operacion, 50 minutos.—El máximo de la temperatura fué de 37.3. El drenaje fué quitado el tercer dia, las suturas el sexto, y entonces la cicatrizacion era ya perfecta.

Observacion 23.—Febrero 9 de 1893.—*Enterocele escrotal* del lado izquierdo de orígen congénito.—Soldado de 19 años.—Recuerda haber tenido la hernia cuando niño hasta los nueve años, en que desapareció despues de algunos meses de usar braguero. Hace cinco años, á causa de una caida, volvió á formarse. No es dolorosa. Operacion con los doctores Vargas y Cabezon y los internos del servicio.—El saco es disecado cuidadosamente, dejando una pequeña porcion con la que se formó la envoltura vaginal. Reseccion y sutura con catgut. Sin drenaje.—Duracion de la operacion 55 minutos. La temperatura subió á 38.1 el pulso á 92. Al dia siguiente se le dió un purgante y la temperatura se normalizó. Curacion por primera intencion. Las suturas fueron quitadas al quinto dia.

Observacion 24.—Febrero 24 de 1893.—Soldado de caballería de 23 años. —*Enterocele escrotal*, oblícuo, del lado derecho. Se produjo hace cuatro meses á causa de una caída de caballo, y adquirió de golpe un gran volúmen. Es fácilmente reductible y muy dolorosa cuando no usa braguero.—El testículo y el epidídimo del mismo lado están muy disminuidos de volúmen. Operacion con el doctor Lobo y los internos Acuña y Rivero.—El saco estaba envuelto por los elementos del cordon, llegaba hasta la vaginal y fué menester una diseccion muy laboriosa. Reseccion hasta el anillo interno, reconstruccion del canal inguinal. Ligadura y suturas internas con catgut, externas con seda. Sin drenaje. Ningun accidente post-operatorio. Las suturas se quitaron al octavo dia.

Observacion 25.—Abril 10 de 1893.—Soldado de artillería de 18 años.—*Enterocele escrotal*, oblícuo, del lado derecho. La hernia data de cuatro años y se produjo á causa de un esfuerzo. Despues ha aumentado de volúmen y sigue siendo muy dolorosa. No ha usado braguero.—Operacion con el interno señor Acuña en presencia de los doctores Vargas y Semprum.—Reseccion del saco y reconstruccion del canal inguinal. Duracion de la operacion, 40 minutos. De noche retencion de orina, vencida con dos cateterismos. Temperatura 37.6—.Al tercer dia ascendió á 38: se quitó el tubo de drenaje y se administró un calomel.—La temperatura bajó desde entonces á la normal y al octavo dia, cuando se quitaron las suturas, la cicatrizacion era perfecta.

Observacion 26.—Abril 13 de 1893.—Oficial de caballería, de 20 años.—*Epiplocele escrotal*, oblícuo, del lado izquierdo. Se produjo hace 18 meses á causa de un brusco esfuerzo y desde hace dos meses ha bajado al escroto. Es fácilmente reductible y dolorosa durante la marcha. Ha usado braguero. Operacion con los doctores Vargas, Veyga, Cabral y el interno Acuña.—El saco herniario presentaba un estrechamiento en la parte media. Ligaduras y suturas internas con catgut. Suturas externas con seda.—Sin drenaje. Duracion de la operacion, 35 minutos.—De noche temperatura 37.3.—Retencion de orina, vencida con dos cateterismos.—Dolor abdominal difuso, que desapareció al dia siguiente con la administracion de un purgante. Al quitarse las suturas al quinto dia, la herida estaba cicatrizada.

Observacion 27.—Abril 15 de 1893.—Soldado de infantería de 37 años.—*Bubonocele*, oblícuo, del lado derecho, de formacion espontánea, desde hace ocho meses. Doloroso, no usa braguero. Operacion con los doctores Vargas, Lobo y los internos Acuña y Sagárnaga.—Incision de la piel y de la aponeurosis del oblicuo mayor hasta descubrir todo el canal inguinal. El cordon se encuentra situado delante del saco, lo cual coincide con una inversion del epidídimo.—Reseccion y suturas internas y externas con seda.—Sin drenaje.—La operacion duró 35 minutos. No ocurrió ningun accidente post-operatorio.—Las suturas se quitaron al quinto dia en que la herida ya estaba cicatrizada.

Observacion 28.—Abril 21 de 1893.—Soldado de artillería de 19 años.—*Bubonocele epiplóico* oblícuo izquierdo. Se produjo espontáneamente hace cinco meses y ha duplicado de volúmen después de un viaje á Rio IV.—No ha usado braguero, es indoloro y fácilmente reductible. Operacion con los internos Acuña y Sagárnaga.—Reseccion de 48 gramos de epiplon.—Las paredes del saco eran sumamente delgadas y era de notarse la gran separacion de los pilares del anillo externo. Suturas y ligaduras internas con catgut, de la piel con seda. La operacion duró 40 minutos. —De noche 37.6; vómitos, dolor difuso en el abdómen, tos.—La reaccion febril persistió cinco dias, pero no excedió de 37.8.—Al séptimo dia, cuando se quitaron las suturas la cicatrizacion era perfecta.

Observacion 29.—Abril 27 de 1893.—Hombre de 45 años.—*Epiplocele escrotal*, bilateral, oblicuo.—La hernia del lado izquierdo se produjo hace 19 años despues de un traumatismo en la region inguinal y ha aumentado progresivamente. La del lado izquierdo se produjo algunos años despues de un modo espontáneo. Ha usado braguero. Actualmente son poco dolorosas y fácilmente reductibles.

Abril 27. Operacion con los internos Acuña y Sagárnaga. Para la anestesia se usó el método de Trelat: el sugeto tomó una pocion con dos gramos de cloral y veinte gramos de jarabe morfina, que produjo pocos minutos despues una extraordinaria sensacion de sueño. Incision de 10 cent. sobre el arco de Poupart. Fácil diseccion del saco, de paredes muy gruesas. Reseccion de 235 gramos de epiplon. Ligaduras y suturas internas con catgut. Diez puntos de sutura en la herida cutánea.—Sin drenaje. La operacion duró 45 minutos. El paciente manifestó haber sentido dolor muy soportable en el acto de incindir la piel y al colocar las suturas. Tres horas despues, dolor intenso en la region que duró hasta la noche.

Abril 28.—A las 9 a. m. pulso 100.—Temperatura 38.—De noche 39 1/2.

Abril 29.—Temperatura vesperal 38.5.—Pulso 132.—El escroto está tumefacto, edematoso, con dolor.

Estos accidentes persistieron. Lentamente fué formándose con pocos síntomas generales un flemon que comprendía todo el lado derecho del escroto. La herida, que al sexto dia estaba cicatrizada, se abrió poco despues y cerró por segunda intencion. El flemon fué abierto y dió salida á una muy abundante cantidad de pus. La curacion duró 34 dias. He visto al enfermo un mes y medio despues: la hernia del lado opuesto ha disminuido de volúmen notablemente. En la otra se ha producido un dolor molesto en el trayecto del nervio abdómino-genital.

Observacion 30.—Mayo 11 de 1893.—Soldado de infantería de 17 años.—*Enterocele escrotal*, oblicuo, del lado derecho.—Data de ocho meses y se produjo espontáneamente, despues de las maniobras militares de Maldonado.—No ha usado braguero. La hernia es ligeramente dolorosa, y se reduce con facilidad. Operacion con el Dr. Lobo y el interno Sr. Acuña. Reseccion del saco y suturas internas y externas con seda. Sin drenaje. La operacion duró

40 minutos. De noche, 37.5. En la siguiente, 38. Al tercer dia se le administró un purgante. Al cuarto dia empezó á quejarse de dolores en el sitio de la herida. Se constató la presencia de una induracion en el trayecto del cordon, poco dolorosa y sin reaccion febril (funiculitis). Se quitaron los puntos de sutura y la cicatrizacion se hizo sin ningun otro accidente.

Observacion 31.—Mayo 21 de 1893.—Soldado de infantería de 45 años. *Bubonocele* directo del lado derecho. Data de dos años y se ha producido espontáneamente. La hernia no aparece sinó durante el esfuerzo y se reduce espontáneamente. Es dolorosa cuando marcha. — Operacion con los internos Acuña y Sagárnaga. Incision de 10 cent. sobre el arco de Falopio. El saco muy pequeño, y de paredes poco densas se encontraba detrás del cordon. Fué resecado, ligado y suturado á la pared abdominal por el procedimiento Barker. Sutura total de la aponeurosis del oblícuo mayor hasta la obturacion del anillo externo dejando el cordon sub-cutáneo segun el método de Postempski. Se empleó solamente la seda y no se hizo drenaje. La operacion duró 40 minutos. De noche, peritonismo, sin elevacion de la temperatura y sin aumento del pulso. Los accidentes abdominales, dolor difuso, timpanismo, vomitos, fueron vencidos el tercer dia con la administracion de un purgante. Las suturas se quitaron al quinto dia, en que la herida ya estaba cicatrizada.

Observacion 32.—Mayo 24 de 1893.—Soldado de infantería de 25 años. —*Enterocele escrotal*, oblícuo, del lado derecho. Se produjo hace tres años á consecuencia de una caida y ha aumentado de volúmen.—Ha usado braguero durante algun tiempo. Es indolora y fácilmente reductible. — Operacion con el Dr. Sotuyo y los internos Acuña y Sagárnaga. Reseccion del saco y reconfeccion del canal inguinal. Se empleó solamente la seda y no se hizo drenaje. La operacion duró 35 minutos. No hubo reaccion febril. Las suturas se quitaron al quinto dia, en que la herida ya estaba cicatrizada.

Observacion 33.—Julio 17 de 1893.—Soldado de caballería de 27 años. —*Epiplocele escrotal* del lado izquierdo, oblícuo. — Data de diez años y se produjo á consecuencia de trabajos de fuerza. No ha usado braguero. Es dolorosa cada vez que se ve obligado á un ejercicio activo. Fácilmente reductible.—Operacion con el Dr. Palma y los internos Acuña y Sagárnaga.— El epiplon se encuentra espesado, convertido en gran parte en tejido fibroso y con anchas adherencias al cuello del saco : reseccion de 250 gramos. — Reseccion del saco, de paredes muy espesas y de un pequeño quiste adherido á las paredes y que contenia un líquido verdoso, gelatinoso.—Ligaduras y suturas con seda; drenaje. — La operacion duró 65 minutos. — Al dia siguiente signos de conjestion pulmonar y parálisis intestinal, caracterizados por dolor intenso en los vértices pulmonares y rales húmedos, timpanismo abdominal, dolor difuso espontáneo y á la presion; pulso 106, respiraciones 35, temperatura normal.— Se le aplican ventosas en el tórax y se le administra 1 gr. de calomel. De noche, retencion de orina, vencida con un solo cateterismo.

Julio 19.—Pulso 108.—Los accidentes antes mencionados han disminuido.- Temperatura 37.8.

Julio 20.—Se le quitó el tubo de drenaje. Se ha formado en las bolsas un hematoma del volúmen de un huevo de gallina. Este hematoma desapareció á los pocos dias.

Julio 22.—Se quitaron los puntos de sutura. La herida está cicatrizada.

Observacion 34.—Agosto 2 de 1893.—Marinero de 19 años.—*Bubonocele directo* del lado derecho.— Data de dos años y se produjo á consecuencia de un esfuerzo. Es indolora y fácilmente reductible. No ha usado braguero. — Operacion con el Dr. Vargas y los internos Acuña y Sagárnaga. Se descubre todo el canal inguinal. Reseccion de un lipoma pre-herniario. El saco, de paredes muy delgadas, se encuentra detrás del cordon. Sutura de todo el canal inguinal dejando el cordon sub-cutáneo. Se empleó solamente la seda y no se puso drenaje. La operacion duró 28 minutos. Ningun accidente post-operatorio. Al cuarto dia se quitaron las suturas.

Observacion 35.—Agosto 10 de 1893.—Soldado de infanteria de 24 años. —*Bubonocele epiplóico*, bilateral, directo.—Se produjeron hace un mes á consecuencia de un golpe en el bajo vientre.—El tumor del lado izquierdo es más voluminoso.—Operacion con los Dres. Vargas y Cabral y los internos Acuña y Sagárnaga.—Se descubrió ámpliamente el canal inguinal del lado izquierdo. Se aisló un saco situado por delante del cordon y una vez abierto se encontró otro, de paredes delgadas, dentro del cual hacia hernia el epiplon. Se resecaron 68 gramos. Suturas internas y externas con seda, dejando el cordon bajo la piel segun el procedimiento de Postempsky. Sin drenaje. — La operacion duró 35 minutos. Cicatrizacion sin accidentes.

Contribuciones al estudio bacteriológico del Beriberi

Por los doctores JUAN B. MORELLI y JOSE MUSSO

I. Reseña histórica

Numerosos han sido los trabajos bacteriológicos que sobre el Beriberi se han publicado en las dos regiones donde esta enfermedad se ha hecho endémica : el Asia oriental y el Brasil.

La etiología bactérica de esa enfermedad fué afirmada por la primera vez por J. B. Lacerda, cuyos trabajos están reuni-

dos en un tomo con el título de: « O microbio do Beriberi », editado en 1887 en la ciudad de Rio de Janeiro.

La naturaleza de nuestro trabajo no nos permite hacer un estudio detallado de la obra del bacteriólogo brasilero, habiendo sido ésta, por otra parte, minuciosamente analizada por el doctor A. Prunés en una tesis (1) de la Facultad de Montevideo, el cual ha hecho resaltar las faltas cometidas por el autor brasilero en la desinfeccion de la piel, en la infeccion del medio nutritivo, la poca atendibilidad de la afirmacion que el micrococcus de la sangre se transformaba en los medios nutritivos en un bacillus semejante al del carbunclo, hecho que no se puede explicar más que por medio de la penetracion de un gérmen bacilar extraño en el momento de hacer el cultivo, y que se desarrollaría conjuntamente al micrococcus que podria muy bien ser aquellos *ésporos* de Lacerda que se multiplicaban por biparticion y formaban grupos de diplo y triplococcus envueltos por una cápsula gelatinosa. Pretende tambien el autor haber producido por la inoculacion de las culturas en el tejido celular subcutáneo de conejos y monos el cuadro clínico del Beriberi, produciéndose la muerte en un período de tiempo variable y encontrándose en la autopsia alteraciones en la médula y en sus meninges. No habla, ó por lo menos no insiste sobre el estado de los nervios cuyas lesiones parecen ser constantes en el Beriberi, mientras que segun la mayoría de los autores el eje cerebro-raquideo estaria generalmente intacto.

Creemos que el trabajo de Lacerda no necesita un análisis más minucioso, así como no creemos debernos detener á examinar el trabajo de *Ogata* (2) 1883, que ha obtenido resultados idénticos á los del autor anterior, probablemente por haber seguido una técnica parecida.

Mas serios que los estudios anteriores se nos presentan las investigaciones de Peckelharing y Winckler (3). Estos autores encontraron en la isla de Batavia, en la sangre de los beribéricos, diversos microbios: coccus dispuestos en diplococcus y en grupos irregulares y bacillus de grueso y longitud variables, *bastando el alejamiento por pocos dias del lugar de infeccion para que desaparecieran de la sangre.*

---

(1) Microbios del Beriberi. Tesis de la Facultad de Montevideo.

(2) Wiener Intellig. Blatt., 1885.

(3) Mitheilung über die Beriberi. Deutsche Med. Wochenschrift, Nº 39. 1887.

En los cadáveres de beribéricos, los autores anteriores *no han podido demostrar claramente la existencia de microbio ninguno.*

El cultivo de la sangre de los enfermos hacia desarrollar varias formas de microbios. Nosotros (dicen los autores) no nos queremos pronunciar si son formas de evolucion del mismo microbio ó si representan especies distintas.

Estudian entonces ellos la forma observada más frecuentemente, es decir, un micrococcus que en el agar-agar produce un cultivo de color blanco de leche de superficie lisa, que licúa la gelatina lentamente con desarrollo limitado en la profundidad del medio, que necesita mucho oxígeno para su desarrollo y que no altera la reaccion del caldo alcalinizado. Por el exámen microscópico se vé que están formados por diplococcus ó grupos irregulares de volúmen diverso. Tienen una resistencia notable á la desecacion.

Habiendo sido inoculados siete conejos y cuatro perros se enfermaron seis de los primeros y dos de los segundos, ofreciendo á la autopsia una degeneracion múltiple de los nervios; y en este caso como en el hombre aparecian mas alterados los troncos de las extremidades posteriores. No presentaron edema de la piel, pero sí de los músculos de las extremidades lumbares, y tambien un poco de derrame pericárdico.

La infeccion de los animales se practicaba generalmente por inyeccion subcutánea y á veces intraperitoneal, mediante culturas en caldo ó emulsiones de las de agar-agar en un líquido indiferente. Las inyecciones se hacian todos los dias ó los dias alternos. No se estudiaron los efectos de una sola inoculacion. A veces se obtuvieron reacciones locales : en el peritoneo lijera exudacion fibrinosa y debajo de la piel abcesos. Los mismos sintomas con igual éxito habia obtenido alimentando conejos con comida rociada diariamente con culturas, é igualmente inoculando microbios obtenidos del aire de un cuartel donde habia soldados enfermos de Beriberi.

Hasta aquí Peckelharing y Winckler. Veamos ahora los puntos débiles de su trabajo :

1º. Caracterizan de una manera insuficiente al microbio por ellos encontrado, sobre todo teniendo en cuenta su confusion posible con algun staphylococcus pyogenes atenuado, que como veremos puede encontrarse conjuntamente al streptococcus en la sangre de los beribéricos; y que en sus inoculaciones se pro-

ducian á veces abcesos, mientras que con nuestros coccus nunca se produjo.

2º. Aunque los autores anteriores no indican la cantidad de cultivo inoculada cada vez, tenemos que por pequeña que ella fuera se sumaria con la de las inoculaciones sucesivas para dar una cantidad respetable de microbios inoculados (1).

3º. No deja de llamar la atencion la desaparicion tan rápida de los microbios de la sangre de los enfermos por el solo hecho de ausentarse éstos del lugar infecto, y la ausencia de los microbios en los cadáveres dato que como se comprende vendria á destruir la importancia de aquellos microbios que durante la vida se habrian encontrado en la sangre. Estos dos últimos hechos *están en completa contradiccion con los resultados por nosotros obtenidos* y que expondremos en el próximo artículo.

Cornelissen y *Sugenoya* (2), encargados oficialmente de estudiar la enfermedad, encuentran un bacillus parecido aunque más pequeño que el del carbunclo, bacillus que se hallaria en la sangre, líquido pericárdico, líquido cerebro-espinal, etc., y que se cultivaria bien en la gelatina. Desgraciadamente el artículo del cual sacamos estos datos no dice si los autores han caracterizado bien á este microbio y si lo han inoculado con éxito.

Eykmann en 1888 (3) ha encontrado tambien bacillus en la sangre de los beribéricos de la isla de Batavia; estos bacillus eran largos y delgados y no se cultivaban en los medios nutritivos. En la epidemia de Batavia habian sido hallados cinco veces en veinitseis casos, mientras que no se encontraron en la isla de Banka donde la epidemia estaba en declinacion. Ellos serian, segun Eykmann, los agentes etiológicos del Beriberi.

No se comprendre bien cómo de datos tan pocos satisfactorios se pueda deducir una afirmacion tan categórica.

No conocemos los trabajos de *Rabourgeon* más que por una corta noticia (4). Este experimentador habia hallado en la mé-

---

(1) Objecion hecha por Cornil y Babés («Les Bactéries», tomo II, pág. 552) que hacen observar que es posible por la inoculacion de grandes cantidades de microbios saprófitos producir una neuritis degenerativa.

(2) «Revue Scientifique», nº 25, año 1886.

(3) «Baumgartem's Jahresbericht» del año 1889, pág. 340.

(4) «Semaine Médicale», nº 31, año 1890.

dula un micrococcus cuya cultura inoculada en los animales de experiencia daria lugar al cuadro clínico del Beriberi; notándose el fenómeno bastante curioso de que la virulencia de los cultivos variaba con la latitud; así cultivos virulentos en el Brasil se hacian inofensivos una vez llevados á Francia y volvian á recuperar su actividad en su patria.

Por estos pocos datos nos es imposible hacernos una idea clara del microbio de Rabourgeon, y pronunciarnos sobre su identidad con el nuestro.

Estos son los estudios bacteriológicos que sobre el Beriberi fueron hechos antes de nuestros trabajos. Ellos han sido declarados insuficientes por los bacteriólogos que han hecho su exámen crítico, tales como Kitosato (1), Cornil y Babés (2) y Baumgartem (3) que termina el párrafo dedicado al Beriberi con estas frases : «Por lo tanto, la etiología del Beriberi bajo el punto de vista bacteriológico no se puede dar todavia como esclarecida.»

Nuestras investigaciones (1890-1892) abrazan tres períodos :

En un primer período (Mayo á Noviembre 1890) obtenemos de la sangre de un beribérico aislado accidentalmente en el Hospital de Caridad de esta ciudad un microbio cuyos caracteres expusimos en una nota preventiva (4). Era en resúmen un micrococcus grueso, de cultivo color amarillo canario que no parecia licuar la gelatina (5) y que inoculado á los conejos y cuises á la dósis de 1 á 2 cc. producia la muerte en dos á cuatro meses con derrame pericárdico, ascitis y neuritis múltiple. El cultivo hecho con los nervios nos daba un coccus parécido al que inoculábamos, pero más pequeño y que licuaba bastante rápidamente la gelatina.

Pocos meses despues (Noviembre de 1890) uno de nosotros (el Dr Musso) se trasladaba expresamente á Rio de Janeiro, y en el hospital de Copacabana puede recoger cultivos de la sangre de ocho beribéricos, encontrándose y aislándose entre otros microbios, á uno que tenia los caracteres de aquel culti-

---

(1) «Centralblatt fur Bakteriologie», año 1888, pág. 75.

(2) Loco citato.

(3) «Lehrbuch der Pathologische Mykologie», 1890, pág. 742.

(4) Anales del Círculo Médico Argentino, nº 8, año 1890.

(5) Despues, como veremos, nos convencimos que en determinadas condiciones licuaba la gelatina.

vado de los nervios de los animales inoculados con el coccus de Montevideo, y que se diferenciaba por lo tanto algo de este último. Inoculado á los animales el microbio de Rio Janeiro, produjo tambien la polineuritis y los derrames en las serosas abdominal y pericárdica.

Apenas traídos los cultivos de Rio Janeiro, el Dr A. Prunés publica su tesis (1) en la cual toma como base para describir los caracteres de nuestro microbio á la comunicacion hecha al Círculo Médico Argentino y que se refiere únicamente á la forma encontrada en Montevideo. Es por esto que la descripcion del microbio y de sus culturas hecha en la referida tesis es incompleta.

Finalmente, en un tercer período (Enero 1892 en adelante), uno de nosotros tiene ocasion de practicar la autopsia de dos beribéricos, y de recoger la sangre de dos enfermos en el lazareto de la Isla de Flores, encontrando en la sangre, en los nervios, en el edema subcutáneo, en el líquido ascítico y una vez en la médula de los cadáveres y en la sangre de los enfermos al mismo micrococcus, *presentando sin embargo éste ligeras variaciones* en sus caracteres morfológicos y cultivales; de tal modo que entre el coccus grueso y que licúa muy lentamente la gelatina, y el fino que lo hace rápidamente, tenemos una coleccion de tipos intermedios, verdaderas razas que tienen bastante caracteres comunes para permitir afirmar su unidad específica, como lo demostraremos en el artículo próximo.

II. El Micrococcus Beribérico

El microbio que nosotros vamos á describir y que con toda seguridad habia sido entrevisto por muchos de los observadores que nos han precedido, fué por nosotros hallado en los casos siguientes:

Un caso del Hospital de Caridad de Montevideo.
Ocho casos del Hospital de Copacabana de Rio de Janeiro.
Dos enfermos de la Isla de Flores.
Dos cadáveres autopsiados en la Isla de Flores.

---

(1) «Microbios del Beriberi». Tesis de la Facultad de Montevideo, 1891.

La sangre de los enfermos era recogida con preferencia en las extremidades inferiores, prévia desinfeccion de la piel por el método de rigor (jabon, alcohol, sublimado al 1 %, alcohol y éter) y se sembraba una ó dos asas de platino cargadas, en cada tubo de cultivo.

Las autopsias fueron practicadas 10 y 17 horas respectivamente despues de la muerte, empleándose naturalmente escalpelos esterilizados para las secciones de los órganos en los cuales se iba á tomar semilla.

Del exámen de los cultivos obtenidos resultan los siguientes caracteres:

Es un coccus esférico ú oval, de dimensiones que varían segun su edad y el cultivo de donde proviene, de 0,6 á 2 μ medido en preparaciones secas y bien fijadas. Sin este artificio sus dimensiones son mayores de cerca de un cuarto. No es completamente homogéneo, sino que se distingue en su seno uno ó dos corpúsculos que fijan con más intensidad la materia colorante. Cuando son únicos, para cada micrococcus ofrecen una forma esférica, y cuando son dobles se alargan y toman un aspecto arriñonado y á veces de bizcocho. En este último caso el eje mayor es perpendicular á la mayor dimension del coccus. Para ponerlos en evidencia es preferible colorear intensamente la preparacion por la solucion de Liehl, y luego tratar por un líquido decolorante; nosotros empleamos preferentemente el alcohol ligeramente acidulado con el ácido clorhídrico.

Esta apariencia podria hacer creer en la existencia de una cápsula que envolviera á microbios. Esta explicacion no es admisible por dos razones: primera, por la existencia de una verdadera cápsula exterior, como veremos mas adelante, y segunda porque la masa que envuelve á los corpúsculos no se hincha cuando se la trata por los ácidos y los alcalis. Por lo tanto se impone la explicacion de que existen en el seno del microbio condensaciones de su protoplasma de orígen verosímilmente nuclear; hecho este que se puede admitir sin repugnancia, puesto que ha sido demostrado para otras bacterias por los trabajos de Bütschli (1), Ernst y Protopopoff (2). Este coccus es completamente inmóvil.

---

(1) «Anales de l'Institut Pasteur». Año 1890, pág. 245.

(2) Ibid, año 1891, pág. 332.

Es coloreado insuficientemente por las soluciones acuosas de los colores básicos de anilina y se tiñe por el método de Gram. Las mejores preparaciones se obtienen coloreándolo por la solucion de Liehl, haciéndola obrar en frio durante tres á cuatro minutos.

Los individuos están generalmente reunidos en diplococcus, juntándose á veces dos de éstos para formar una tétrada, cosa que sucede sobre todo en los cultivos en gelatina al empezar la liquefaccion. Otras veces se reunen en grupos de seis formados por dos filas lineares de tres coccus. Generalmente la agrupacion se hace en zoogleas irregulares, en las cuales los diferentes individuos de dimensiones muy variables, están reunidos sin estar todos en el mismo plano, de tal manera que siempre alguno de ellos queda fuera de foco.

Los caracteres anteriores se refieren á las preparaciones secas; los microbios observados en una gota de líquido forman diplococcus, tétradas y cadenas irregulares.

La sustancia intercelular es sumamente abundante y densa. En los zoogleas es colectiva y se colorea en rosa pálido por la solucion de Lielh; pero á veces en los individuos aislados, en los diplococcus y en las tétradas es individual y se colorea entonces con mayor energía, tanto que si se prolonga un poco la accion del líquido colorante, llegan á adquirir el tinte del coccus que encierran, el cual de esta manera se hace invisible.

La existencia y los caracteres de esta sustancia intercelular hace que los cultivos sean sumamente coherentes y se dejen estirar en filamentos, al mismo tiempo que nos explica la enorme dificultad que existe en obtener una preparacion en la cual estén los coccus separados entre sí.

Este último hecho unido á la disposicion en diferente plano, de que ya hemos hablado, constituye una seria dificultad para la obtencion de buenas microfografias.

Los caracteres culturales son algo diferentes en los microbios de distinto orígen. Así, para tomar en consideracion más que la licuacion de la gelatina, vemos que este fenómeno se verifica con rapidez variable. Mientras que el microbio encontrado en el primer caso de Montevideo no reblandeció la gela-

tina más que al cabo de dos meses (1), existen dos razas procedentes de los cadáveres de la Isla de Flores, que lo hacen en seis ó siete dias, y entre estos dos extremos hay razas que lo verifican en tiempos intermediarios.

Otros caracteres que varian tambien, son: el color de los cultivos en papas y la virulencia.

Estos hechos hacen que se deba admitir en el micrococcus Beri-beri la formacion de variedades con caracteres trasmisibles por herencia, por el hecho de su pasaje á través del cuerpo humano.

No se trata en estos casos de especies distintas, por las razones siguientes:

1º. La virulencia de los distintos cultivos, si bien es variable respecto á su intensidad, no lo es por lo que se refiere á su calidad, de tal manera que las mismas lesiones son producidas por la inoculacion de todas las variedades. Es únicamente cuestion de dósis de virus á inocular y de tiempo de supervivencia de los animales inoculados.

2º. La existencia de tipos intermediarios que forman una cadena no interrumpida entre los extremos.

3º. La transformacion por el envejecimiento del tipo de la liquefaccion rápida en el de la liquefaccion lenta, y la transformacion inversa del último en el primero por el hecho de ser renovado frecuentemente el cultivo.

4º. La coexistencia de las diversas formas en el mismo individuo. Así, en el cadáver número 1, hemos obtenido del nervio tibial anterior un microbio de desarrollo rapidísimo, mientras que la sangre del corazon nos dió un tipo cuyos caracteres son idénticos á los del microbio encontrado en el primer caso por nosotros estudiado.

5º. La coexistencia constatada corrientemente de las diversas formas en la sangre y en los nervios de los animales inoculados con cultivos puros.

6º. Las transformaciones que sufre el microbio por el pasaje á través del cuerpo de ciertos animales. La variedad de liquefaccion rápida inoculada al perro, animal casi refractario se transforma en una especie de liquefaccion lenta; y el cam-

---

(1) Es por esto que en nuestra comunicacion al Círculo Médico Argentino negábamos á este microbio el poder de licuar la gelatina, por no haber observado las culturas en ese medio, posteriormente al mes.

bio inverso se produce por la inoculacion al conejo, animal muy sensible á este microbio.

Por lo demás, los trabajos de Tizzoni y Cattani ya habian demostrado para el microbio del tétanos las variaciones del poder de liquefaccion, paralelas á las variaciones del poder patógeno.

Como en nuestro caso existen variaciones de la accion patógena paralelas á las variaciones del poder de liquefaccion, hay que admitir la existencia de variedades más ó menos virulentas.

En las chapas de gelatina al 10 % conservadas en la estufa á 22°, aparecen las colonias á las 36 ó 48 horas como discos granulosos de bordes un poco irregulares, rodeados ó no de una aureola de liquefaccion. En los casos favorables (microbio no muy virulento, pocas colonias en la chapa), se desarrolla de una manera bastante regular: crece en superficie y al cabo de dos ó tres días se ven radios irregulares, gruesos, oscuros, que en corto número (6 á 12) se dirigen, disminuyendo de diámetro, del centro á la periferia, donde se ha formado un anillo irregular mas oscuro que el espacio encerrado entre los rádios; más tarde continúa avanzando el desarrollo y va aclarándose la parte central, desaparecen poco á poco los rádios y el anillo que existia en la periferia se fragmenta en 6 ú 8 segmentos oscuros.

Cuando la liquefaccion es muy rápida no se observan estos caracteres, la colonia crece poco, pero en cambio se extiende rápidamente el círculo de liquefaccion.

La picadura en tubos de gelatina se desarrolla tambien de distinto modo segun su origen. En las variedades muy virulentas empieza la liquefaccion todo á lo largo de la picadura y avanza rápidamente tanto que á los 7 ú 8 dias está licuada toda la gelatina del tubo, depositándose en el fondo un lijero precipitado amarillento en forma de copos muy ténues, mientras que la porcion de líquido que sobrenada se va aclarando incompletamente.

En las variedades de virulencia mediana empieza la liquefaccion por la superficie con un aspecto pastoso especial y se va extendiendo superficialmente hasta llegar á las paredes del tubo. Asimismo ha progresado lentamente en la profun-

didad para detenerse á una distancia mayor ó menor del fondo de la picadura y entonces seguir periféricamente dando lugar á la formacion de un cilindro de gelatina liviana sobre otro aún sólido. En el fondo del canal de licuacion se ha depositado una masa espesa de color pajizo. En la superficie quedan copos espesos del mismo color, que generalmente ganan la periferia formando un anillo mucoso bastante adherente á las paredes del tubo. Es bastante frecuente la formacion de cristales aislados en la parte superior de la gelatina sólida.

Las variedades poco virulentas se desarrollan á lo largo de la picadura bajo forma de colonias esféricas de color amarillo canario. En la superficie una masa gruesa lobulada de aspecto pastoso cuya superficie se va excavando lentamente. Al cabo de un tiempo variable (4 á 6 semanas) empieza la liquefaccion por la parte central excavada, progresa lentamente dando lugar a la formacion de un calzon de gelatina líquida de 1/2 á 1 cm. de diámetro por 3 á 4 cm. de alto. En el seno del líquido, que es bastante espeso, se ven copos amarillentos de dimensiones bastante uniformes.

En los tubos de caldo toma el microbio los mismos aspectos que en la gelatina licuada, exceptuando la última variedad que forma en la superficie pequeños grumos que por la agitacion van á reunirse á la masa espesa que está en el fondo del tubo.

Las colonias en chapas de agar-agar ofrecen un aspecto idéntico á las colonias en gelatina en su principio.

Las picaduras en los tubos de agar-agar se desarrollan en la superficie con un color blanco lechoso ó blanco pajizo Al cabo de varios dias se ve nacer en la superficie un número bastante grande de pequeños granos, levantados, de color amarillo.

Las estrías en el agar-agar inclinado se desarrollan como colonias coherentes ó confluentes que se extienden poco en la parte superior de las estrías; son translúcidas, de aspecto mucoso y de color blanco aporcelanado. En la parte inferior, más húmeda del agar forman un revestimiento espeso, pastoso, de color amarillento que invade el agua de condensacion donde se desarrolla tambien y que generalmente se insinúa entre las paredes del tubo y el medio nutritivo, formando una delgada capa blanquecina.

En los tubos de suero se forman gotitas casi transparentes, cuyo desarrollo se detiene rápidamente, si inclinando tre-

cuentemente el tubo no se las humedece con el agua de condensacion.

La leche es incompletamente coagulada por el microbio virulento; en vez las formas atenuadas producen un coágulo muy denso y retraido. No se produce coloracion del medio nutritivo.

Los cultivos en papas crecen bien sobre todo si el tubérculo permanece húmedo. Entonces se ve despues de algunos dias unas estrías mucosas de color amarillo canario que crecen en superficie sin llegar á confluir entre sí. Algunas veces estas estrías son blancas ó grisáceas al principio, pero despues de algún tiempo se recubren en su parte central de colonias de color amarillento que se reunen formando una estría central. En las formas muy atenuadas parece exaltarse el poder cromógeno y se obtienen estrías de color amarillo oscuro y hasta marron.

Hemos estudiado la manera de comportarse de este microbio con el oxígeno. Los cultivos hechos al abrigo de aquel gas, ya sea por medio del vacío, ya sea por desalojo del aire por medio del gas del alumbrado (método de Würtz y Foureur) se han desarrollado muy débilmente. Seria pues un anaerobio facultativo limitado.

No está dotado de esporos ni de otros medios de reproduccion que le permitan resistir á los agentes exteriores. En efecto, los cultivos de diferentes edades, hechos en los diferentes medios pierden seguramente su vitalidad por la calefaccion á 60° prolongada durante 3/4 de hora á 1 hora.

Manteniendo los cultivos hechos en agar-agar á la temperatura ivernal del laboratorio conservan su vida durante seis ú ocho meses; en la estufa á 35° la pierden mucho más rápidamente, á los dos ó tres meses, las siembras hechas con ellos quedan estériles.

III. Accion patógena del microbio é histología patológica de la enfermedad experimental

§ *Inoculaciones en los conejos y cuises.*—El material empleado procedia casi siempre de cultivos recientes en caldo, á veces de cultivos en gelatina ó agar desleídos en agua esterilizada Generalmente la inyeccion se practicaba en el tejido

celular subcutáneo, pero otras veces se efectuó en la vaina celulosa del nervio ciático, en la vena auricular mayor ó debajo de las meninges, previa trepanacion.

A veces hemos infectado al animal una sola vez, inoculando entonces de 1 á 2 cc. si se trataba de inyecciones subcutáneas, de ⅓ á ½ cc, de caldo si se hacian inyecciones intravenosas ó intrameningeas. Pero en la mayoria de los casos á una primera inyeccion de 1 cc. de cultivo en caldo (ó su equivalente: 2 asas de cultivo en agar) hacíamos seguir dos ó tres equivalentes, con intervalo de diez á treinta dias.

El motivo que nos indujo á practicar estas inyecciones repetidas fué la conviccion arraigada en nosotros de que para producirse en el hombre una infeccion beribérica grave sean necesarias varias infecciones sucesivas, explicándose así la poca gravedad del beriberi en su principio, y la maravillosa eficacia curativa del cambio de clima, cambio que obraria, segun nosotros creemos, casi exclusivamente por la sustraccion del enfermo del foco de infeccion.

El primer resultado que en nuestras experiencias nos llamó la atencion fué que este micrococcus posee una virulencia variable en anchos límites, y que está en relacion estrecha con el poder de licuar la gelatina, (1) como se podrá ver en el cuadro que reproducimos al final de este capítulo y que es el resúmen de algunas inoculaciones hechas con material procedente de los casos del lazareto de la Isla de Flores.

En ese cuadro no se verá más que inoculaciones subcutáneas; si ahora las comparáramos con los resultados obtenidos con las inoculaciones por otras vías, tendríamos que las meninges sobre todo y despues las venas son preferibles á la via subcutánea para la introduccion del microbio, puesto que en los dos primeros casos basta una sola inyeccion de ⅓ á ⅔ de cc. (2) para obtener los mismos efectos que se obtienen por las inoculaciones subcutáneas repetidas.

Hasta la fecha hemos inoculado: en la vaina del ciático 2 conejos, en inyeccion intravenosa 4 conejos, en el tejido celu-

---

(1) Un hecho análogo ha sido indicado por Tizzoní y Cattani para el microbio del tétano.

(2) En el caso de las inyecciones intrameningeas verificándose fatalmente un reflujo parcial del líquido inyectado, resulta que los números arriba indicados son demasiado fuertes.

lar subcutáneo 18 conejos y 9 cuises, bajo las meninges 5 conejos: total, 38 animales, de los cuales han sobrevivido 4 conejos y 1 cuis, inoculados debajo de la piel.

Los primeros fenómenos mórbidos han sobrevenido después de un período de tiempo variable de pocos días á tres meses después de la primera inoculación, precediendo á su vez de uno á dos meses al éxito fatal. Se observa ante todo una notable hiperestesia de la piel y de los troncos nerviosos de las extremidades posteriores. La compresión de estas partes es muy dolorosa y la percusión de los huesos determina un extremecimiento reflejo. En este primer período la motilidad está completamente intacta.

Poco tiempo despues desaparece esta exageración de la sensibilidad, siendo reemplazada por anestesia. Estos síntomas están siempre localizados en las extremidades posteriores, en las anteriores no hemos notado nada parecido.

En algunos casos el cuadro mórbido no va más adelante, aparece rápidamente una disnea que se exagera con cualquier movimiento del animal, y este sucumbe después de una larga agonía sin ofrecer fenómenos convulsivos.

En otros casos los síntomas siguen evolucionando y se vé suceder al período sensitivo, que hemos descrito, un segundo período paralítico trófico. El vientre se abulta notablemente, las extremidades posteriores se van paresiando progresivamente viéndose que durante la marcha no son recogidas como de costumbre, sino que quedan distanciadas del cuerpo, hasta que en los últimos días de la enfermedad la progresión se verifica casi exclusivamente por la acción de las extremidades anteriores, lo que como se comprende fatiga sobremanera al animal que prefiere generalmente el descanso y solo por una excitación fuerte se mueve, hace algunos pasos arrastrando el abdomen por el suelo y se detiene preso de una disnea notable.

En este caso se observa que las extremidades posteriores han enflaquecido notablemente, y que esta emaciación se ha efectuado á expensas de las masas musculares.

También se suele observar un cambio de coloración en el pelo de los conejos oscuros, este se vuelve más claro, y por la tracción se le arranca con suma facilidad.

Algunas veces, y esto ha sucedido también después de una

sola inyección, un animal que hasta entonces había presentado muy pocos desórdenes sensitivos y motores, muere en pocas horas ó pocos minutos con una disnea profunda, debida con toda probabilidad á neuritis de los plexos pulmonar y cardíaco.

En la autopsia se encontraron como lesiones microscópicas constantes: la ascítis y el hidropericardias.

El líquido peritoneal, cuya cantidad en el conejo oscilaba entre 1 y 5 c/c., era de color amarillo ambarado y fuertemente albuminoso y salado; en un todo, pués, igual al líquido correspondiente del hombre muerto de beriberi. Iguales caracteres presentó el líquido pericárdico, naturalmente menos abundante.

Como lesiones accesorias se encontraron en el conejo especialmente, y en el cuis accesoriamente, una distensión notable de la vejiga, cuyo órgano en algunos casos alcanzó á ocupar el tercio del abdomen (en un caso contenía 37 c/c. de líquido; la orina no era albuminosa). Hemorragias pulmonares: generalmente tres ó cuatro focos hemorrágicos para cada pulmón, del tamaño de una pequeña arveja y situados en la base del pulmón ó en su región postero-inferior, quedando sano el resto del parénquima pulmonar. El tejido muscular que en la mayoría de los casos estaba sano, en otros aparecía alterado á simple vista. Había palidez y atrofía con disminución de la consistencia de los músculos, especialmente en la región interna del muslo (adductores).

El bazo y el hígado no se presentaban aumentados de volúmen.

En ningun caso, cualquiera que haya sido la vía de introducción del microbio, se han producido fenómenos de reacción local (abceso, flebítis, meningítis).

Una vez, en que la muerte había sobrevenido dos días después de la última inyección, encontramos en la región en que ésta había sido practicada, un vasto edema sanguinolento que se extendía todo á lo largo del dorso y del abdómen.

Fuera de este caso, fácil de explicar, no hemos encontrado nunca edema subcutáneo, pero sí á veces edema de la vaina celulosa de los gruesos troncos nerviosos y de los intersticios musculares de las extremidades posteriores. En los animales faltarían, pues, esos enormes edemas de la forma hidrópica del beriberi humano.

§ *Estudio histológico.* — Hemos empezado por buscar al microbio que habíamos inoculado, y al efecto empezamos por estudiar cortes de diversas vísceras coloreados por los métodos de Weigert, Gram y Kuhne. De esta manera nos dimos cuenta de que el microbio no abunda en el seno de los tejidos, encontrándose uno ó dos micrococcus en uno que otro corte, siendo su localización vasal para todos los tejidos, menos los nervios, donde se observan microbios numerosos en la vaina perifascicular en los intersticios de las fibras nerviosas.

Empleando el cultivo hemos visto que el microbio existe constantemente en la sangre, (dos gotas de sangre contienen, término medio, uno ó cinco microbios), en el líquido ascítico, en el pericárdico, en los nervios y en la médula.

Faltaría, en vez, en el hígado, en el bazo, en el riñón y en el pulmón (1).

Los nervios coloreados por la safranina, los carmines, el picrocarmín y el ácido ósmico, ofrecieron lesiones acentuadas en las extremidades posteriores y en las ramas más finas.

Respecto á la mielina se vé que sus lesiones, menos importantes que las del cylinder axis, consistían sobre todo en el aspecto turbio y en la segmentación en bolas, cuya disposición hacia que algunas veces toda la fibra tomara un aspecto varicoso.

Los núcleos se ofrecían en algunos casos muy aumentados en números, existiendo de ellos en cada segmento interanular hasta 8 á 10. El protoplasma que los rodea estaba aumentado de volúmen, viniendo en algunos casos á ejercer compresión sobre el cylinder axis.

El cylinder axis presentó las siguientes alteraciones: dilataciones fusiformes á veces escalonadas de trecho en trecho y localizadas entonces á nivel de las estrangulaciones de Ranvier, sitio donde ya fisiológicamente existe un pequeño ensanchamiento; á veces dilataciones, también fusiformes, pero siguiéndose inmediatamente entre sí con aspecto de rosario; otras veces el cylinder axis se ensancha bruscamente, llega á tener el ancho de la fibra nerviosa por algunas milésimas de

(1) Esta localización del microbio es idéntica en el hombre.

milímetro de extensión y luego vuelve también rapidamente á sus dimensiones ordinarias. En este último caso se suele observar la formación en el seno del cylinder axis engrosado, de vacuolos que no se colorean por el carmin, que llegados á la periferia del cylinder axis se vacían en el seno de la mielina, dejando en el contorno de aquel una excotadura bien marcada. Finalmente se suelen observar fragmentaciones del cilindro eje.

Cuando la enfermedad es un poco antigua, se suele observar, al lado de este proceso destructivo, un proceso regenerativo caracterizado por la formación de fibras nerviosas jóvenes.

Hemos examinado detenidamente la médula, especialmente en la region lumbar, prévia coloración por el método de Weigert-Vassale, y no hemos podido encontrar en ella alteración ninguna. Ni esclerosis de los cordones de la sustancia blanca, ni alteraciones de las células piramidales de los cuernos anteriores.

Los músculos generalmente estaban sanos; observados aquellos que á simple vista parecían enfermos, vimos que existía sobre todo una enérgica proliferación nuclear con aumento de volúmen del huso muscular que hacia prominencia debajo del sarcolema. Parecía existir un exudado difuso que tendiera á disociar las fibrillas elementares, como se podía ver por la exageración de la extriación longitudinal y por la facilidad con que se separaban las fibrillas á nivel de las quebraduras de la fibra. La estriación trasversal estaba, en algunas fibras, completamente perdida. De este conjunto de lesiones resultaba para algunas fibras un aspecto irregular, vermiculado, observándose á nivel de las concavidades del contorno, escotaduras que generalmente no penetraban más allá del octavo al décimo del diámetro de la fibra.

El pulmón, aun á nivel de los focos hemorrágicos, no presentaba lesión ninguna en su epitelio ó en sus tabiques conjuntivos. Se trataria, pues, de hemorragias de orígen nervioso como las que han sido estudiadas en este último tiempo por varios autores.

El parénquima renal estaba completamente sano.

§ *Accion patógena en los perros.*—En estos animales la inyeccion subcutánea de 1 á 4 c/c. de cultivo, hecha en una vez, no es peligrosa para la vida. Pero si se mata al animal á las cinco ó seis semanas de haberla practicado, se nota en la autopsia microscópica un poco de neuritis y por los cultivos se puede demostrar la existencia del microbio inoculado que se mantiene vivo, aunque atenuado, en el sistema nervioso y en la sangre.

Cuando la inyeccion subcutánea se repite por dos ó tres veces, con intervalos de 10 á 30 días, y sobre todo cuando se ha infectado al animal por vía meningea, se puede obtener en algunos casos, sobre todo en los animales jóvenes, una enfermedad mortal, caracterizada sobre todo por trastornos motores. Tenemos la observacion de dos perritos inoculados por trepanacion con 1/2 c/c. de caldo, que presentaron trastornos especiales de la marcha: las extremidades posteriores estaban muy separadas entre sí y durante la marcha la pelvis sufría un extenso movimiento de oscilacion lateral que daba á la progresion del animal el aspecto de la marcha de los atacados de la atrofia muscular juvenil de Erb.

En la autopsia de los perros no se encontró más lesion que la neuritis.

CUADRO I.

RESUMEN DE NUESTRAS ULTIMAS INOCULACIONES

CONEJOS :

I.	Microbio muy licuador.—Inoculado con 1 cc. primero; 1 cc. 24 dias después; 1 cc. 15 días después.—Sub cute.—Muerte á los 43 días (1).		
II.	» » » » » 1 cc. » ; 1 cc. 24 » » ;	» » »	69 »
III.	Microbio poco licuador.—Inoculado con 1 cc. primero; 1 cc. 24 días después;	» » »	72 »
IV.	» » » » » 2 cc. » ; 2 cc. 24 » » ;	» » »	93 »
V.	Microbio muy poco id.—Inoculado con 1 cc. primero; 1 cc. 15 días después; 1 cc. 14 días después.	» » »	60 »
VI.	» » » » » 2/3 cc. » ;	Vena auricular » »	112 »
VII.	Microbio muy licuador.—Inoculado con 1 cc. primero;	Sobrevive á los 10 meses	
VIII.	Id. id. id. (pasaje (2). » » 2 cc. » ;	Muerte á los 14 días	

CUISES :

I.	Microbio muy licuador.—Inoculado con 1 cc. primero; 1 cc. 25 d. desp., 1 cc. 17 d. desp.; 1 cc. 14 d. desp.—Sub cute.—Muerte á 58 días		
II.	» » » » » 1 cc. » ; 1 cc. 25 » ;	»	206 »
III.	Microbio poco licuador.—Inoculado » 1/2 cc. primero; 1 cc. 25 d. desp.; 1 cc. 29 d. desp.;	» »	95 »
IV.	» » » » » 1 cc. » ; 1/2 cc. 25 » ;	Sobrevive á los 10 meses	
V.	Microbio muy poco id.—Inoculado » 1 cc. primero; 1 cc. 21 d. desp.; 1 cc. 15 d. desp.;	Sub cute.—Muerte á 80 días	

IV. Infecciones bacterianas secundarias en el Beriberi.

Peckelharing y Winckler fueron los primeros que señalaron en la sangre de los beribéricos la existencia de varias especies microbianas; tomaron para su estudio aquel que se presentaba con mayor frecuencia y no se preocuparon de los demás.

En nuestro primer enfermo no encontramos más microbio que aquel que nosotros creemos característico de la enfermedad; pero al examinar los tubos traídos por uno de nosotros de Rio de Janeiro, nos dimos cuenta de la existencia posible de otros microbios en los tejidos enfermos.

En efecto, en esos tubos pudimos ver los microbios siguientes: el Staphylococcus pyogenes albus (3 tubos), el Streptococcus pyogenes (1 tubo), y finalmente en un tubo se había desarrollado un Streptococcus muy pequeño que no tardó en morir en los cultivos sucesivos.

En los cultivos hechos con la sangre de los enfermos aislados en la Isla de Flores, hemos encontrado al bacillus Mesentericus Vulgatus y al bacillus Mesentericus Ruber.

Los cultivos hechos con los jugos y tejidos de los dos cadáveres estaban también infeccionados por otros microbios. Encontramos en el líquido pericárdico el bacillus Mesentericus Vulgatus, y en la médula el bacillus Sublilis.

Son probablemente estas especies las que corresponden á los *bacillus parecidos al del carbunclo*, señalados por algunos autores como causa del beriberi.

Finalmente, en la médula lumbar, encontramos á un Streptococcus idéntico á aquel traído de Rio de Janeiro y que gracias á una pequeña modificacion técnica pudimos cultivar regularmente y hacerle adquirir, despues de una série de cultivos, todos los caracteres del Streptococcus pyogenes. Se trataba, pues, de un microbio atenuado.

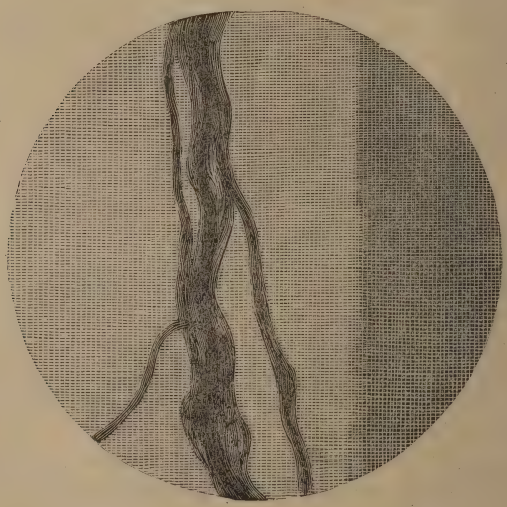
Pero lo que demuestra más acabadamente aun la penetración de bacterias extrañas, es lo que pasa en el beriberi experimental. En las autopsias, hechas con todo el rigor necesario, de los conejos y de los cuises inoculados con culturas puras del micrococcus beribérico, hemos encontrado inmediatamente después de la muerte, al lado del microbio que habíamos ino-

culado, varias otras especies. Su estudio sistemático nos ha permitido reconocer al bacterium Coli Commune y á los bacillus *g*, *h*, *è*, *i*, descritos por Vignal en la saliva humana (1).

¿De qué modo se explica la presencia de estos gérmenes variados?

Teniendo en cuenta que casi todos los encontrados viven habitualmente en nuestro tegumento interno ó externo con infinidad de otras especies, no produciéndose normalmente su pasaje á la sangre y linfa á causa de la fogocitosis normal submucosa (2), es verosímil suponer que á causa de la neuritis periférica se debilita esta fogocitosis protectora, y entonces no encuentren los gérmenes obstáculos que le impidan la entrada al organismo, donde concurren á alterar la composicion del líquido sanguíneo, favoreciendo hasta en algunos casos la invasión del Micrococcus Beriberi, como se verificaría segun algunas experiencias para el Streptococcus especialmente.

× 250

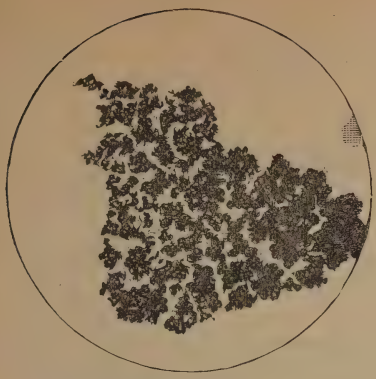


Nervios de conejo inoculado. — Picrocarmín objetivo 0.95 AN 4 mm. de Zeiss. Luz solar.

(1) «Archives de Physiologie». Año 1886, tomo II, pág. 367 y siguientes.

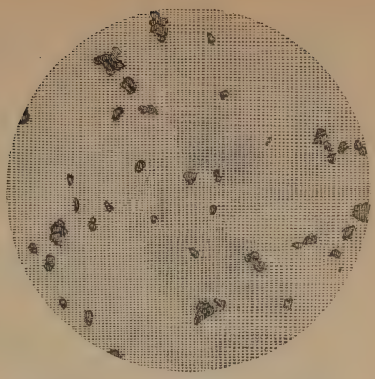
(2) Véanse para el intestino los trabajos de Ribbert, Manfredi y Bizozzero.

× 500



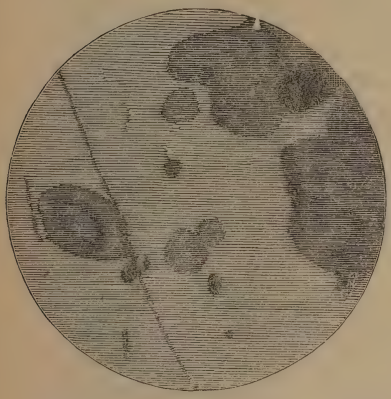
Micrococcus de un cultivo en caldo. — Objetivo 1.30-2 mm. Luz solar.

× 1000



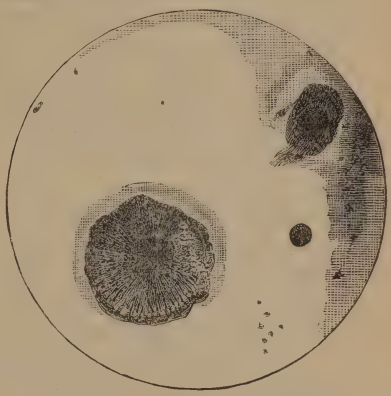
Micrococcus poco coloreado. — Objetivo 1.30-2 mm. oc proy. Nº 4. Luz solar.

× 10



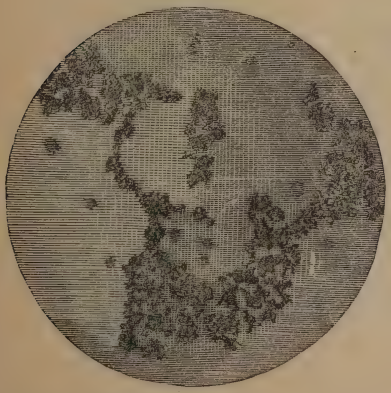
Colonias en gelatina. — 2 dias. — Objetivo 70 mm. de Zeiss. — Luz de lámpara.

× 10



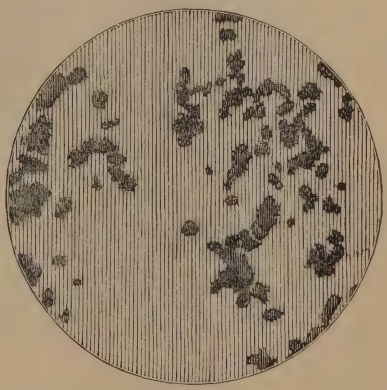
Colonias en gelatina del microbio poco licuador. — 5 dias. — Objetivo de 70 mm. de Zeiss. — Luz de lámpara.

× 500



Micrococcus procedente de un cultivo viejo en gelatina — Objet. apochr. 1.30 y 2 mm. de Zeiss. — Luz solar.

× 1000



Micrococcus procedente de un cultivo jóven en gelatina. — Obj. apocr. 1.25-2.5 mm. de Zeiss oc. proyecc. Nº 4 — Luz solar.

La obra de química del profesor Dr. Arata

Apuntes de Química.—Química orgánica, segunda parte, 429 páginas; tercera parte, 383 páginas.—Buenos Aires, 1893

—

Por el Dr. **Manuel I. Nelson**

El sabio profesor de Química de la Facultad de Medicina de Buenos Aires y Director de la Oficina Química Municipal, acaba de dar á la circulacion los dos últimos tomos de la segunda edicion de sus apuntes de química, cuya primera edicion se publicó el año 1890. La obra constará de tres tomos, estando el primero, que se ocupará de *Química General*, en prensa y habiéndose visto su autor obligado á alterar el órden en la publicacion, debido á las exigencias del programa del curso de la asignatura que es bi-anual y por corresponder al año actual la química orgánica.

Las ventajas del libro del doctor Arata son inapreciables para los estudiantes, pues se contesta en él á todas las preguntas del programa.

Mas que una segunda edicion del libro que publicara hace tres años, los *apuntes de química* constituyen uno nuevo, en el que se tratan y estudian todas las cuestiones con el criterio de los adelantos que hasta la fecha se han producido en las materias que abarca y que prueban de una manera por demás elocuente cómo el ilustrado profesor doctor Arata sigue al dia todas las cuestiones científicas que se relacionan con la química general, higiene y terapéutica.

Aunque el libro de que nos ocupamos ha debido encerrarse en el marco estrecho de un programa que por más que sea de una Facultad superior, lo cursan alumnos que, debido á los deficientes programas de los años preparatorios, vienen con una escasa preparacion en *química orgánica*, abarca un número de cuestiones de magnitud tal, que hacen de él una necesidad para el estudiante que desea ilustrarse y un utilísimo consultor para el médico, sobre todo en lo que se relaciona con los *nuevos medicamentos* con que la química orgánica ha enriquecido en estos últimos años el arsenal terapéutico.

Vamos á pasar en revista, aunque sea someramente, las cues-

tiones que abarcan los dos volúmenes de la obra que analizamos, para que de esa manera pueda darse cuenta de su importancia y como un justo tributo al sabio maestro y al incansable propagandista de nuestro valer intelectual ante el mundo científico.

Despues de una *introduccion á la química orgánica*, en la que se historia esta rama de las ciencias naturales desde su nacimiento hasta nuestros dias, el tomo segundo se ocupa de los análisis inmediato y elemental, complementando este estudio con la manera de determinar la fórmula de los cuerpos orgánicos, aprovechando para ello los datos analíticos obtenidos.

Se contrae luego á los hidrocarburos de la *serie grasa* ó *alifática*, ó sea aquellos hidrocarburos y derivados cuyas fórmulas pueden expresarse por cadenas de átomos de carbono continuas y abiertas, empezando por los hidrocarburos saturados y ocupándose por lo que toca á nomenclatura de los nombres dados por Hofmann, Gerhardt y Bertellot. Pasemos por alto alcoholes primarios, aldehidos y ácidos grasos, alcoholes secundarios, acetonas, alcoholes terciarios, etc. para llegar á uno de los puntos que constituyen una de las primicias del libro: nos referimos á la nueva nomenclatura de los cuerpos orgánicos. En este capítulo se hace una reseña completa de cómo se encuentra en la actualidad esta cuestion, analizando las causas que han obligado á los hombres que marchan á la cabeza de esta ciencia, que puede considerarse como un largo capítulo sobre el carbono, á tratar de armonizar ideas y exigencias de escuelas y personas, universalisando, por así decir, la nomenclatura de los cuerpos orgánicos y concluyendo con la anarquía de las diversas nomenclaturas actuales.

En esta parte el doctor Arata, con esa vasta ilustracion que muestra siempre que le dedica atencion preferente á los asuntos de que trata, sigue paso á paso los trabajos de las diversas comisiones y personas que se han ocupado de esta cuestion desde que ella se inició en el congreso químico de la Exposicion de París de 1889, y da con órden y claridad, detalladas explicaciones de las reglas que para la designacion de cada serie deben seguirse.

Entramos en la *serie de los cuerpos orgánicos* en la que siguiendo el plan general de los apuntes, hace una descripcion ordenada de las propiedades, métodos de preparacion, etc. de

cada uno de los cuerpos de las diversas series, dedicándoles la atencion que la aplicacion del cuerpo reclama. Se estudian preferentemente como derivados de sustitucion del *metano*, el cloroformo, bromoformo y iodoformo; combinaciones del formilo, el ácido fórmico; cianojenos y sus derivados: ácido cianhídrico, cianuros, ferro y ferricianuros y combinaciones nitro-prúsicas, urea y derivados.

Del Etano los productos de sustitucion clorados, bromados y yodados; alcohol y éter etílico merecen ser tratados con detalles y abundancia de datos; entre las combinaciones del acetilo: el aldehida etílico y el ácido acético y sus derivados; grupos del propano, butano, pentano, hexano, heptano, octano, nonano, decano, undecano, cetilo y sus isómeros y derivados; ácidos grasos, ceras, grasas y jabones. Combinaciones de los radicales bivalentes ó sea série de las *oleifinas* ó *alkilenos;* etileno, etilideno, glicolilo, oxalilo, propileno, butileno, succinilo, etc. y sus innumerables isómeros y derivados, entre los que se cuentan cuerpos de la importancia de los ácidos tártrico, láctico y succinico.

Entre las combinaciones con cinco, seis y más átomos de carbono, los ácidos cítrico y úrico, la xantina é hipoxantina, la teobromina y cafeina merecen particular dedicacion y el doctor Arata les consagra capítulos fundamentales. De las combinaciones de los radicales trivalentes y cuadrivalentes, la glicerina y la manita son objeto de una mencion especial. El tomo segundo, del que nos ocupamos someramente, concluye con un capítulo sobre los *hidratos de carbono*, en el que se explican y clasifican los azúcares siguiendo la nomenclatura de Fischer propuesta en 1890 y adoptada hoy casi universalmente.

Ardua tarea en verdad la que nos hemos impuesto al pretender encuadrar en los estrechos límites de un artículo un resúmen de las materias de la obra fundamental del Dr. Arata, pero pidiendo disculpa al sábio maestro por nuestra pretension y por la deficiencia de nuestro juicio, sólo justificable por el deseo de hacer acto de justicia al verdadero mérito, al par que poner de manifiesto la admiracion y el respeto que nos merece el *saber* en cualquiera de sus múltiples manifestaciones, continuamos el trabajo emprendido y entramos en la tercera parte del libro que nos ha permitido el placer de escribir estas líneas.

Se ocupa este tomo detenidamente de los cuerpos orgánicos

llamados *cíclicos* y cuya fórmula se expresa por *cadenas cerradas* formadas por la union de los átomos del carbono, comenzando por la constitucion de estos cuerpos segun la teoría formulada por Kekulé en 1865 y enseñando de una manera clara y precisa el modo cómo derivan estos compuestos unos de otros y las modificaciones que experimentan por las diversas posiciones de los elementos constitutivos, ó sea de las *isomerias de posicion.*

Siguiendo el plan general de la obra, es decir, de solo consignar detalladamente, indicando propiedades, métodos de preparacion, etc., de los cuerpos de principal importancia, estudia en grupos ó séries las *combinaciones* con 6, 7, 8 etc., *átomos* de carbono, dedicándole á cada compuesto, derivado ó producto de sustitucion la atencion que su importancia industrial ó terapéutica exige, ó indicando ligeramente sus principales propiedades cuando solo se trata de compuestos de escasa aplicacion.

Merecen en esta parte capítulos exclusivos: *El Benzol* como base de los compuestos *aromáticos* y entre sus derivados *la anilina* y sus innumerables productos de sustitucion cuya aplicacion en la industria y en la ciencia son por demás conocidos; el toluol y derivados; aldehida y ácido benzoico y derivados, entre los que se cuenta la sacarina; el aldehida y ácido salicílico; la naftalina como base del grupo cuya fórmula ha sido establecida por Erlenmeyer y demostrada por Graebe y derivados importantes el *a* y *b Naftol*, el *ácido lapáchico* y la *santonina* entre sus homólogos superiores.

Las esencias ó *aceites esenciales* de las plantas ocupan un capítulo importante en este tomo, y aunque son estas sustancias de composicion química muy variable y muchas de ellas hanse descrito ya en el lugar correspondiente de la obra, se ocupa aquí de aquellas que forman el grupo llamado de *los terpenos* y para los cuales la casi uniformidad de composicion así como la especificidad y comunidad de sus propiedades permite dedicarle en conjunto una preferente atencion. Despues de los métodos generales de extraccion de estas esencias de la parte de los vegetales que las contienen y que forman la base del olor característico de las flores y plantas; despues de ocuparse del rendimiento de estos principios segun las apreciaciones de Schimmel, se hace una descripcion metódica de un número no menor de 200 esencias, con datos

precisos de la proveniencia, propiedades, método particulares de obtencion, etc., investigando en seguida la constitucion y las innumerables combinaciones y productos de sustitucion, así como la trasformacion que pueden experimentar los *terpenos*. Los *alcanfores* y derivados cierran este artículo de verdadero mérito por mas de un concepto.

Se consignan luego, *furfurano*, *tiofeno y pirrol* con sus numerosos derivados isómeros de posicion; entran tambien los grupos *pirrazólico*, *del indol* y sus homólogos. La *piridina*, su constitucion, propiedades é innumerables isómeros y derivados, así como su procedencia y método de extraccion merecen mencion particular donde se hace notar entre sus derivados de sustitucion: *la tropina*, *la cicutina* ó *conina*, *la pilocarpina* y *la nicotina*. El grupo de la *quinolina* como guardando gran relacion por su constitucion con el de la *piridina*, cierra este capítulo para dar lugar al que trata de los *alcaloides*, muy laborioso y concienzudo.

Los alcaloides son generalmente reputados como los principios activos por excelencia de los vegetales, y el rol importantísimo que tienen en medicina ha influido sin duda para que el Dr. Arata les dedique una atencion preferente que se manifiesta por el análisis profundo que de ellos hace y por la abundante cantidad de datos que los ilustran.

A pesar de haberse ya mencionado y descrito los alcaloides que corresponden á los grupos *piridico* y otros, y siendo un gran número de ellos de *constitucion química* desconocida, se nos da, antes de proceder á su conocimiento, un cuadro en el que cada *alcaloide* ocupa el sitio que segun la familia de la planta de donde proviene, le corresponde. En este cuadro se ven ordenados con indicacion de fórmula, origen, estado, etc. los alcaloides conocidos hasta hoy, exceptuando solo aquellos de que ya se ha ocupado en lugar oportuno. Sigue un relato metódico del estado natural, métodos generales de extraccion, descripcion en particular de las propiedades, caracteres, obtencion, etc., de cada uno de ellos, siguiendo el órden de las familias de las plantas de proveniencia. El final de este capítulo está destinado á los *alcaloides cadavéricos* ó *animales* con enumeracion de nombre, fórmula, nombre del autor que ha estudiado las *ptomainas* conocidas y descritas hasta el año próximo pasado.

Concluye el tomo tercero con las materias vegetales de constitucion poco conocida, materias colorantes, amargas albuminoideas, pécticas y gelatinosas.

Deberíamos poner aquí punto final á esta lijera reseña del libro que juzgamos, pero nos resta una palabra sobre un accesorio que acompaña á los dos tomos, y que constituye una innovacion en las obras de ciencias, así como creemos que ello debe considerarse como una manera digna de honrar á los hombres que por su saber y con sus trabajos han ilustrado á la química de nuestro siglo. Nos referimos á los *ocho* retratos de químicos célebres, copias de fotografías originales que se incluyen en cada volúmen, y á cuyo pié se lee el nombre y las fechas de nacimiento y muerte de los que aun no sobreviven.

Los 16 retratos que contiene la obra son: *Antonio Lorenzo Lavoisier*, *n.* 1743, *m.* 1794; *Carlos G. Scheele*, *n.* 1742, *m.* 1786; *M. E. Chevreul*, *n.* 1786, *m.* 1889; *I. I. Berzelius*, *n.* 1779 *m.* 1848; *Federico Wöhler*, *n.* 1800, *m.* 1882; *Justus V. Liebig*, *n.* 1803 *m.* 1873; *Marcelino Pedro Berthelot*, *n.* 29 Octubre 1827; *Juan B. Dumas*, *n.* 1800, *m.* 1884; *A. G. v. Hoffmann*, *n.* 1818, *m.* 1892; *Rafael Piria*, *n.* 1805, *m.* 1865; *Est. Cannizzaro nació* 1826; *Aug. F. Kekulé*, *nació* 1829; *Juan Wislicenus*, *nació en* 1835; *Adolfo Würtz*, *n.* 1817, *m.* 1884; *Victor Meyer nació* 1848 y *Adolfo v. Baeyer* nació en 1835.

Buenos Aires, Setiembre de 1893.

HOSPITAL FRANCÉS

Servicio del **Dr. Fernando Perez**

Prostático con distencion: cistitis y pielitis. Cistostomia sub-pubiana (Operacion de Poncet Mac-Guire).—Curacion

Por **J. Escutary**

Interno del Hospital

Francisco Fors... español, 66 años, guarda-costas; no tiene en sus antecedentes hereditarios nada digno de mencion.

Antecedentes individuales.—Ha padecido solamente de enfermedades comunes pasajeras, sin haber notado nada de par-

cular del lado del aparato urinario. Nunca ha tenido hematuria: no ha tenido blenorragias. Hasta los 50 años orinaba bien. A esa edad empezó á notar que durante la noche debia levantarse dos ó tres veces para orinar. Desde hace seis años el enfermo observaba que los deseos de orinar se hacian más frecuentes, sobre todo de noche. La miccion exigia cada dia mayores esfuerzos, sin ser aún dolorosa. Estos disturbios de la miccion lo obligaron á consultar á varios médicos. Siguió varias medicaciones sin encontrar el alivio que buscaba. Los deseos y la dificultad de orinar lo molestaban cada dia más. Despues de muchos esfuerzos no llegaba á expulsar sinó una cantidad insignificante de orina. Jamás habia sido sondado.

En el mes de Marzo del presente año se decidió á entrar al Hospital Español. Fué sometido varias veces al cateterismo. No encontrando alivio con ese tratamiento, salió del Hospital Español un mes despues. Sin embargo, debió continuar el cateterismo, pues sin él la miccion era casi nula. Se sondaba diez y doce veces por dia, sin tomar ninguna precaucion antiséptica.

La cistitis no tardó en hacer muy pronto su aparicion.

El 13 de Junio consulta al doctor Perez, quien despues de haberlo examinado, le aconseja que entre en el Hospital Francés, lo que verificó al dia siguiente.

Estado actual.—El enfermo está muy demacrado: el apetito es nulo; la lengua está cubierta de una espesa capa saburral, pegajosa.

Las radiales son duras y sinuosas. Se queja de fuertes dolores en la region hipogástrica. Cada miccion es un verdadero parto: hace esfuerzos considerables para expulsar unos 20 gr. de orina.

Ésta es manifiestamente turbia. La temperatura pasa de 39º

El exámen clínico da este resultado:

Vejiga distendida: á un través de dedo del ombligo.

Las regiones lumbares están dolorosas, sobre todo al nivel del ángulo costo-vertebral. No hay peloteo.

Testículos normales.

La próstata está uniformemente aumentada de volúmen.

Canal de la uretra, libre y alargado.

Pulmones, corazon, normales.

Diagnóstico: *prostático con distencion*; *cisto-pielitis.*

Tratamiento.—Evacuacion lenta, lavages boricados y con una solucion de nitrato de plata al uno por mil. Supositorios morfinados: salol al interior.

Ese tratamiento fué seguido hasta el 21 de Junio sin obtener ninguna mejoría. Al contrario, los dolores aumentaban y el estado general empeoraba. Los sufrimientos eran tan intensos que arrancaban gritos al paciente é impedian el reposo de los otros enfermos de la sala.

En presencia de la gravedad de esos síntomas y de la ineficacia del tratamiento instituido, el doctor Perez decidió intervenir practicando la cistostomia sub-pubiana *con el objeto de curar la cistitis actual y de impedir la recidiva de esos accidentes tan graves.*

Ciertamente la clásica talla hipogástrica podia aliviar al enfermo poniendo en reposo la vejiga y por reflejo el riñon. Pero la creacion de un meato contra natura en la region hipogástrica, meato permanente, como lo ha aconsejado y practicado Poncet, de Lyon, haria desaparecer la cistitis y, para más adelante, la sintomatología molesta y grave del prostatismo.

El 21 de Junio se procedió á la operacion. Manual operatorio clásico de la talla hipogástrica. Sutura de la vejiga á la pared abdominal á un través de dedo del pubis. Durante la operacion, el doctor Perez examinó la próstata que hacia una eminencia bastante considerable en el interior de la vejiga; pero no habia tumor pediculado.

El cirujano no creyó deber hacer la prostatectomia, para lo cual se habia tambien preparado, pues el cateterismo era fácil. En este caso las alteraciones de la pared vesical predominaban.

En el meato hipogástrico se colocó un tubo-sifon de niño, para tratar de obtener curaciones secas en los primeros dias.

En la noche de la operacion la temperatura era de 37°, osciló alrededor de 37 hasta el dia del exeat. El séptimo se sacaron las suturas y el tubo-sifon. Durante esos siete dias se hicieron tres curaciones. El funcionamiento del tubo-sifon no era perfecto. Incontinencia por el meato hipogástrico. Tres semanas despues de la operacion el enfermo podia retener la orina durante una hora. De vez en cuando una pequeña cantidad salia por las vias naturales. Se le hacian tres sondajes diarios

con una sonda de Nelaton, nº 17. Una vez por dia se practicaba un abundante lavaje con una solucion de nitrato de plata al uno por mil.

El 11 de Agosto sale del Hospital en perfecto estado de salud. Las orinas son completamente normales. Puede retener la orina durante dos horas, término medio. Se le aconseja sondarse diariamente por el meato hipogástrico.

Buenos Aires, Agosto 25 de 1893.

HOSPITAL RAWSON

Herida penetrante del abdómen por arma de fuego.—Ocho perforaciones intestinales.—Laparotomía y sutura del intestino.—Curacion. (1)

Por **Pedro Barbieri**

Interno de la clinica quirúrgica

Vicente Sandoyani, italiano, de 33 años de edad, peon, entró al Hospital Rawson el dia 21 de Julio de 1893.

Presentaba á cuatro traveses de dedo á la izquierda del ombligo, el orificio de entrada de una bala de regular calibre (0.009 quizá).

Herido hacia cuatro horas, su estado era satisfactorio, el pulso fuerte y solo poco dolor abdominal.

Como la exploracion mas minuciosa no permitiese hallar la bala en los planos superficiales y aun más, demostrase la penetracion de la bala en la cavidad abdominal, decidí en compañia de los practicantes Lopez, Ocampo y el farmacéutico mayor A. Ferrari practicar la laparotomía exploratriz é intervenir despues más activamente si el caso lo requiriese.

Prévia una inyeccion de morfina, procedió el señor Lopez á anestesiar al paciente por medio del cloroformo, mientras el señor Ocampo, que iba á ser mi ayudante inmediato, limpiaba prolijamente y afeitaba la region en que iba á intervenir.

El encargado de preparar antisépticamente las suturas é instrumentos fué el señor Ferrari.

(1) Esta observacion corresponde al servicio de guardia.

Anestesiado sin inconvenientes el enfermo, hice una incision de siete centímetros más ó menos en la pared abdominal; incision en cuyo medio se hallaba la herida producida por la bala.

Incindí capa por capa hasta llegar á la perforacion del peritoneo por la que hacia procedencia el epiplon. Reduje éste é introduciendo el dedo índice de la mano izquierda alternativamente hácia arriba y hácia abajo, agrandé con el bisturí la herida peritoneal. Inmediatamente salieron al exterior varias asas intestinales y pude observar en ellas ocho perforaciones redondeadas, de bordes poco confundidos, caracteres atribuidos por los autores á las heridas producidas por las armas de fuego de mucho poder ó disparadas á muy corta distancia.

Cubrí el intestino con compresas empapadas en solucion de ácido bórico caliente y despues de separar de uno de los orificios intestinales una pequeña partícula redondeada y blanda, que era indudablemente de sustancia fecal, decidí suturar las perforaciones que tenia á la vista.

Las perforaciones se encontraban en una extension que no excedia de cincuenta centímetros y solo una se hallaba junto al borde mesenterial del intestino.

Procedí á suturar las heridas con seda preparada especialmente para estos casos por el cabo de cirujía del Hospital Rawson y con agujas rectas que son las usadas preferentemente en este hospital para suturas del intestino. El procedimiento que usé fué el de Lembert, sin avivar los bordes de las heridas, pues, como ya lo he establecido antes, estaban muy poco contendidos.

Mientras hacia las suturas mis ayudantes cambiaban continuamente las compresas calientes que cubrian los intestinos, y una vez terminadas todas ellas se irrigaron con la solucion de ácido bórico tibio antes de reducirlas á la cavidad abdominal.

Con gran conformidad mia las suturas no redujeron casi nada el calibre del intestino.

Suturé en plano separado el peritoneo con seda y lo demás lo uní por una sutura continua de planos superpuestos usando el mismo material.

Aquí he de hacer observar un error cometido en esta opera-

cion; al suturar la piel me pareció que podia unir impunemente los bordes de la herida producida por la bala.

Cara pagué mi imprevision. A los ocho dias, como el enfermo resintiese algun dolor en la pared abdominal, levanté el apósito y observé gran rubicundez y pastosidad alrededor de la herida, lo que añadido á una temperatura de 38.2 no me dejó duda de que se trataba de un abceso.

Inquiriendo su causa la hallé inmediatamente en la gangrena de los bordes de la herida de la bala.

Saqué los puntos de sutura, drené el abceso, practiqué una contra-abertura para la fácil salida del pus.

El enfermo se repuso poco á poco de esta complicacion inesperada y actualmente está completamente restablecido.

El tratamiento post-operatorio consistió en el reposo absoluto, decúbito dorsal, hielo al vientre y píldoras de ópio.

Se estableció la dieta absoluta dándosele solamente una cucharada de cognac cada dos horas.

A los ocho dias, previo un enema de agua salada que produjo abundantes deposiciones sólidas, comenzó á alimentarse llegando paulatinamente al régimen habitual.

Voy á exponer ahora los motivos de mi intervencion y del procedimiento empleado.

Que la intervencion era racional, no se puede discutir.

«Si j'etais atteint d'un coup de feu quelconque dans l'abdomen, je reclamerais l'operation avec toutes les garanties antiseptiques connues, cela va sans dire», dice un autor francés ocupándose de las heridas penetrantes del abdómen.

Cuando existe el convencimiento de una herida intraperitoneal del intestino, las probabilidades de curacion son tan exiguas, cuando no se sutura la herida intestinal y se limpia la cavidad abdominal, hay tan poco derecho de contar con eventualidades favorables en estas circunstancias tan peligrosas, que en todos los casos, á menos de que el herido esté á punto de sucumbir, no cabe vacilacion en abrir la cavidad abdominal por una incision al nivel de la línea blanca ó de la herida con el objeto de ir á buscar el asa herida, etc. (1)

---

(1) Franz Koenig. «Tratado de patología quirúrgica especial».

Pecaria por redundante compilando los nombres y párrafos de los autores contemporáneos que aconsejan la laparotomía en estos casos, así que me limito á citar á un gran maestro francés y á otro aleman, como justificativos para los que quieran tachar mi intervencion como un atrevimiento infundado seguido por la suerte, compañera habitual de los audaces.

Suturé el intestino en vez de resecarlo, porque dada la hora de la operacion y los medios de que disponia, la sutura era mas fácil y menos peligrosa. Por otra parte, ya he hecho constar que el calibre del intestino se modificó muy ligeramente. Y aun mas, creo que la reseccion intestinal sólo se justifica en los casos en que su conservacion es imposible. La ausencia de perturbaciones de las funciones del intestino despues de la operacion, suministra otra prueba de la bondad de la intervencion en la forma llevada á cabo por mí.

Usé la sutura de Lembert por creerla la mas sencilla, la mas rápida, la mas práctica y porque como dice Koenig, «los procedimientos de Jobert y de Lembert son los mas simples...» y son tambien los mejores.

Buenos Aires, Agosto 30 de 1893.

Nuevo modelo de ambulancia argentina

El Teniente Coronel de Ingenieros, Roberto A. Chodasiewiez presentó á la Cruz Roja de Buenos Aires un modelo de ambulancia suspendida, ideada por él, que denomina «Argentina».

Dicho jefe, que presta servicio en la 4ª seccion del Estado Mayor General de nuestro Ejército, describe su carro para trasporte de heridos en campaña, del modo siguiente:

«Sobre el paralelógramo del equipaje, el cual descansa en los elásticos unidos á los ejes de las ruedas, se levanta un puntal ó sosten en cada ángulo, á los cuales se fija de cada lado un arco de círculo y más arriba los arcos frente y contrafrente, sobre los cuales descansa la caja de ambulancia por medio de elásticos con sus ruletas; en los costados de la caja se hallan asegurados arcos de círculo correspondientes á los

fijos en el equipaje; contiene en los costados dos espirales elásticos y nueve abajo.

De este modo la caja de ambulancia está guarnecida de ruedas concéntricas á las del equipaje; se apoya sobre los arcos y á la vez resbala por las ruletas, permitiendo al equipaje elevarse ó bajarse en las extremidades sin que la posicion vertical del centro de gravedad de la ambulancia varíe.

Construida la ambulancia en las condiciones arriba expresadas, anula las tres siguientes clases de sacudidas que pueden incomodar á los que se hallan dentro de ella en circunstancias de marcha:

1º. Las sacudidas laterales por la violenta y sucesiva inclinacion del camino.

2º. Las sacudidas anti-posteriores y contrarias, por la mala inclinacion anti-posterior del camino y contrario.

3º. Las sacudidas verticales, por la rápida elevacion y el sucesivo bajamiento vertical.

Habiendo así alcanzado el objeto principal, me quedada aún el proveer á mi carro-ambulancia de todo cuanto el servicio sanitario exige para un campo de batalla.

En un dia de batalla se necesita en abundancia: 1º, medios de trasportar los heridos desde el sitio del combate al de la ambulancia y de ésta al hospital designado; 2º, medicamentos, un cajon quirúrgico y los socorros farmacéuticos para las curas inmediatas; 3º, agua para lavajes y en caso necesario tambien para beber.

Para satisfacer á todas estas necesidades he dispuesto mi carro de la manera siguiente:

1º. Los bancos son hechos de manera que se pueden elevar ó bajar, segun se deban colocar los enfermos sentados ó acostados. En càso de estar bajados los bancos, en los cajones de contra-frente asegurados al equipaje existen depósitos de lienzo para camillas y la madera está sobre el techo de la ambulancia; se arma la camilla (en la cual dos personas pueden llevar el herido desde el campo de batalla hasta el carro), la cual posee rueditas que corresponden á las canaletas de la caja; alzada la camilla á la altura de la ambulancia, se introduce con toda facilidad sin ningun tropiezo.

Enfrente del cajon anterior existe otro para depósito de vendas, hilas, trapos, etc., el cual tambien se halla asegurado al equipaje ó tren.

2º. Dentro de la caja de ambulancia existen ocho pequeños cajones para útiles de botica ó botiquin, y la mitad del medio para la escalera, lo que facilita para subir al carro á una altura de 1m10 c. á 1m20 c.

Debajo del piso móvil del carro se halla colocada una caja cubierta con un doble tabique, la cual al ser extraída deja caer dos varillas que la sostienen en un extremo, quedando el otro apoyado en el mismo carro. Abiertos los tabiques ofrecen sitio para depósito de los instrumentos quirúrgicos, papel, tintero y pluma para escribir.

Las puertas abiertas quedan sólidamente apoyadas en los costados del cajon, de manera que pueden servir de mesa para escribir, para sostener los instrumentos dispuestos para las operaciones y aun al mismo herido que haya de operarse inmediatamente.

3º. En fin, lleva un depósito de agua debajo del piso móvil del carro, detrás del cajon de instrumentos quirúrgicos, etc., colocado á los costados del cajon arriba mencionado, con dos canillas para sacar el agua; el depósito tiene dos embudos en los costados para llenarlo, y está dotado de ventiladores. Esta agua, como el lastre en los buques, sirve para mantener la carga equilibrada, pudiendo utilizarse para lavar y, si fuese necesario, tambien para beber, pues muchas veces, en marcha y en los lugares de combate, no se encuentra este elemento.

Como la ambulancia propuesta es para campaña, procuré darle capacidad para todos los útiles necesarios al caso, conceptuando que es mejor llevar de más que de menos.

Calculo el costo aproximado en 2670 $.

En una ambulancia de este sistema para la Cruz Roja ó la Asistencia Pública, se debe suprimir dentro de la ciudad los depósitos, pudiendo hacerse corta y estrecha como para una persona, con lo cual se conseguirá hacerla más manuable y de un costo que no exceda de 1600 $.

Buenos Aires, Agosto de 1893.

CIRUGÍA DEL RAQUIS

Tesis de doctorado de **Manuel Augusto Zavaleta.**—Buenos Aires, 1893

Con la claridad de inteligencia que lo distingue, Zavaleta ha desarrollado con una sencillez que admira uno de los temas más árduos y escabrosos que encierra la cirugía.

Nos ha presentado un trabajo nuevo y bajo un aspecto que le ha dado un sello de verdadera originalidad. Los que han pasado largas temporadas en un gran servicio de cirugía, sienten que el título «Cirugía del Raquis» les trae á la memoria el recuerdo de un grupo de enfermos atacados de afecciones distintas, pero formando todo un conjunto clínico cuyo cuadro está trazado con mano maestra en la tesis de Zavaleta. Felicitémosle, pues, desde el título de su trabajo.

Si el título ha sido bien elegido, diremos que ha sido mejor desarrollado. En el primer capítulo, estudiando la *compresion de la médula, sus causas, su mecanismo y sus complicaciones*, trata de establecer que afecciones tan distintas como el mal de Pott, mal vertebral canceroso, neoplasias del tejido medular, de las meningeas, del tejido celulo-grasoso del raquis, hiperostosis sifilíticas, fracturas y luxaciones de la columna, están unidas y enlazadas clínicamente por los fenómenos de compresion que determinen segun la region medular asiento de la lesion. «*Es así, que las afecciones que llamamos quirúrgicas del raquis, constituyen enfermedades esencialmente regionales, en las que las indicaciones generales no son todo, y aun cuando aplicables, casi siempre dejan la supremacia á las consideraciones especiales que sugiere la region en que esas afecciones se desarrollan.*» En vista de ello propone el estudio en *conjunto* de aquellas distintas afecciones y *crea* esa *unidad quirúrgica* que con tanta propiedad llama «Cirugía del raquis».

En el capítulo segundo estudia el *sindrome clínico* de estas afecciones raquideas y divide *regionalmente* la sintomatología de la compresion medular, sin tener en cuenta la clase de afecciones que la determinan. «*La independencia de la causa y la constancia del efecto, nos permitirán hacer un estudio en*

conjunto de los síntomas, prescindiendo de la causa que los provoca.»

Bajo este criterio analiza separadamente la compresion en las regiones dorsal, cervical, cola de caballo y finalmente las lesiones hemilaterales de la médula. En cada una de estas regiones traza un cuadro completo de los fenómenos ocasionados por la compresion y nos hace admirar cómo las investigaciones fisiológicas han fijado con una precision *casi* matemática los diversos centros medulares.

En el curso de este capítulo establece tambien cómo la compresion medular lenta da lugar siempre á una mielitis trasversa con esclerosis consecutiva ascendente y descendente.

Como el trabajo desde el principio hasta el fin tiene por objetivo principal *la intervencion* en estas afecciones, trata en un capítulo especial, el tercero, de inquirir si la médula puede *regenerarse*, es decir, si aquellas lesiones están ó no por encima de los recursos del arte. Pregunta si *las paraplegias por compresión, podrán desaparecer una vez sustraída la médula á la accion de la causa que las produce. ¿Las fibras medulares degeneradas son capaces de regenerarse?* Despues de examinar las opiniones de diferentes observadores, así como muchas experiencias por ellos practicadas, llega á considerar como *indudable la regeneracion funcional, ya sea por suplencia de funcion* (Vulpian), *ya sea por una verdadera reconstitucion de las fibras nerviosas* (Brown Sécquard, Laboulbène, Robin, Charcot, etc.)

Entra en el cuarto capítulo á estudiar el *tratamiento* de estas afecciones.

Está lleno de erudicion y de importantes apreciaciones. Es lo más completo que hemos visto sobre la materia, por cuanto de una ojeada el lector se impone de las razones que obliga á intervenir en unos y abstenerse en otros. Demuestra cómo las tentativas de intervencion solo acusan en los que las califican de audaces, ignorancia de las bases racionales que la etiología, fisiología y anatomía patológica dan á esas intervenciones *que reportan halagos á la ciencia y beneficios á la humanidad.*

Estudia separadamente el tratamiento del mal de Pott, de las fracturas y de los neoplasmas del raquis. En cada una de estas enfermedades examina las opiniones de los cirujanos extranjeros y termina con la descripcion de casos clínicos observados por él en el servicio quirúrgico del Hospital Rawson.

El último capítulo de su tesis lo dedica á la técnica operatoria y examina detenidamente los diferentes procedimientos más en uso y aconsejados en cada caso.

Este importante trabajo se recomienda por sí solo é incitamos al doctor Zavaleta á que en la nueva vida que inicia persevere en la ciencia, para la cual demuestra cualidades de observador profundo y concienzudo.

Dr. A. M.

Buenos Aires, Agosto de 1893.

La méthode de Brown Sequard

PHYSIOLOGIE, INDICATIONS CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES
Por el **Dr. Ch. Eloy.**—Paris, 1893

Este libro, de trescientas páginas, ha sido recien publicado por el Dr. Ch. Eloy, redactor en jefe de la *Revue générale de clinique et thérapeutique.*

Su título indica desde luego que se ocupa de las inyecciones Sequardinas, y como obra de conjunto, es la más completa que haya aparecido hasta hoy. El autor, bien posesionado del asunto, ha agotado el tema, tratándolo con brillo en sus múltiples fases.

Empieza ocupándose de los orígenes del método, considerando las diversas teorías sobre las funciones de secrecion interna y las aplicaciones prácticas; los orígenes de la medicacion orquitica; su accion fisiológica y las numerosas investigaciones que se han hecho á este respecto.

Los capítulos siguientes del 5º al 10º constituyen un interesante estudio con los documentos clínicos sobre las aplicaciones terapéuticas, las indicaciones y contra-indicaciones, la técnica para la preparacion y los modos de administracion. El autor reasume los resultados publicados hasta hoy y los aprecia con criterio científico, ajeno á toda pasion. Ha tenido la benevolencia de dar lugar preferente á las publicaciones que hemos hecho, sobre nuestras experiencias en el Hospital Militar de Buenos Aires.

La obra no se limita al juicio sobre las inyecciones del líquido orquítico. Una buena parte está dedicada al estudio de los sucedáneos del extracto testicular, tales como el extrac-

to ovárico, la espermina, la piperazina y la nucleina, y dedica además varios capítulos á la medicacion tiroidea, á la medicacion pancreática, á la capsular y cerebral, con todas las investigaciones y documentos referentes.

«La apreciacion del alcance fisiológico del método sequardino, dice el Dr. Eloy, así como de su valor clínico eventual y de su potencia curativa, es delicada, y por consiguiente no debe haber otro entusiasmo que el de la verdad, ni otro juicio que el de la imparcialidad.»

El autor corresponde en su libro al plan que se trazó, y nos complace señalarlo como un trabajo de valor en que se consideran los hechos con honradez científica. Aunque por el momento nada agrega á lo que conocíamos sobre el asunto, tiende á demostrar que este método es susceptible de la experimentacion tranquila y de una sensata apreciacion de sus resultados, para evitar así su descrédito en las manos mercantiles que pretenden atribuirle las propiedades exageradas de una panacea universal.

D. D.

Buenos Aires, Agosto de 1893.

Du traitement des maladies du cœur

Par la méthode du **Dr. Schott,** par le **Dr. Mœller.**—Bruxelles

---

El autor expone detalladamente el método curativo puesto en práctica por el Dr. Schott (de Nauheim), casi al mismo tiempo que Oertel, bajo la influencia de las ideas de Stokes, instituia el tratamiento mecánico y dietético que es conocido.

Dos factores constituyen el método terapéutico del médico aleman: *un tratamiento mecánico* y *otro balneario.*

Consiste el primero en ejercicios gimnásticos de la clase que los Suecos llaman *de resistencia:* movimientos simples de los miembros y del tronco, para la produccion de los cuales debe el enfermo vencer una cierta resistencia que le es opuesta por un ayudante. Este requisito obedece á la necesidad de que los esfuerzos musculares, sin dejar de ser enérgicos, se hagan con gran regularidad y lentitud, á cuyo efecto la resistencia debe ser inteligente y proporcionada de manera que el trabajo del

enfermo no llegue á acelerar su respiracion: el menor indicio de dispnea implica una pausa inmediata.

Estas sesiones se efectúan ordinariamente una vez por dia y su duracion varía naturalmente segun la resistencia del sujeto. Sus efectos inmediatos son: la disminucion de volúmen de las cavidades cardiacas dilatadas, (el autor, que ha visto varios enfermos de Schott, asegura que este hecho es fácilmente apreciable á la percusion), el aumento de intensidad de los tonos cardiacos, el retardo y la regularizacion del pulso, la mayor facilidad y amplitud de los movimientos respiratorios, la atenucion de los fenómenos de éxtasis, etc.

Estos resultados se explican por el hecho bien conocido de que la contraccion muscular, en cualquier parte del cuerpo, estimula la accion cardiaca en un grado más ó menos notable; es así que en los ejercicios á que hacemos referencia, las contracciones cardiacas se hacen más intensas, la ingurgitacion de las cavidades cardiacas disminuye ó desaparece y la presion arterial aumenta.

Para el *tratamiento balneario*, el Dr. Schott usa las aguas saladas gaseosas de Nauheim, pero ellas pueden ser remplazadas por baños artificiales preparados, agregando al agua ordinaria 1 ô 1 1/2 % de cloruro de sodio y haciéndola gaseosa por la accion del ácido clorhídrico sobre el bicarbonato de soda. (Al principio del tratamiento, 100 gramos de bicarbonato y otro tanto de solucion de ácido clohídrico al 42 %, para un baño de 250 litros. La cantidad se aumenta gradualmente hasta llegar á 1000 ó 1500 gramos).

Los primeros baños, de 5 á 10 minutos y á 27° R., deben darse al principio cada dos dias, despues serán cotidianos, su duracion aumentará y se bajará la temperatura sin descender nunca á menos de 21° R.

La cantidad de ácido carbónico del agua debe aumentar tambien poco á poco; el desprendimiento de este gas es tan intenso en el baño mas enérgico de Nauheim (fuente Sprudel) que apaga un fósforo encendido aproximado á la superficie del agua.

Los efectos de este tratamiento balneario son los mismos que los producidos por los ejercicios gimnásticos y se deben, segun el Dr. Schott, á una accion estimulante que el cloruro de sodio y el ácido carbónico determinan obrando sobre las terminaciones nerviosas periféricas. Sin embargo, como la accion de

los baños es mas duradera, aunque menos enérgica que la de la gimnasia, habria ventaja en combinar los dos medios de tratamiento.

Segun el autor, este método terapéutico está indicado en las afecciones valvulares del corazon, en las neurosis de este órgano y en su dilatacion por *surmenage*, asi como en la enfermedad de Basedow. Lo cree enteramente contraindicado en las aneurismas del corazon ó de los gruesos vasos, en que puede ser fatal un pequeño aumento de presion.

Si bien la arterio esclerosis algo avanzada no es una contraindicacion absoluta, es necesario ser muy reservado si se quiere ensayar el tratamiento en este caso. El Dr. Schott ha obtenido, sin embargo, por medio de la gimnasia y de los baños aplicados con gran prudencia, buenos resultados en algunos casos de angina de pecho.

Los efectos del tratamiento se prolongarian durante mucho tiempo, segun el autor, permitiendo á los cardiacos hacer una vida casi enteramente normal.

G. A. A.

Buenos Aires, Setiembre 1893.

ERGOTOLE

Sobre este agente preparado por los señores Sharp y Dohme, de Baltimore, dicen ellos lo siguiente:

«El Ergotole se prepara por un nuevo proceso inventado por nosotros y contiene en solucion permanente todos los principios activos del más selecto cornezuelo de España en condicion inalterable y forma concentrada, al paso que se han eliminado sus componentes inertes é irritantes.

Hemos inventado y adoptado la palabra «Ergotole» para nuestra preparacion con objeto de que se la distinga del Extracto Fluido, del líquido normal, y de otras preparaciones líquidas de cornezuelo que representan sólo 1 gramo del medicamento por mínima, y tambien para distinguirla de las numerosos preparaciones conocidas con el nombre de Ergotina, que representan una cantidad desconocida de cornezuelo, que difieren mucho entre sí, por sus propiedades físicas y terapéuticas y que son radicalmente diferentes á nuestro Ergotole.

Nos fundamos para preconizar la superioridad de nuestro

Ergotole sobre las demás preparaciones de cornezuelo, en las razones siguientes:

1—Representa en absoluto todos los principios activos del cornezuelo en *solucion permanente y en su combinacion natural.*

2—*Es una preparacion concentrada, cada minima de la cual representa 2 1/2 gramos de cornezuelo selecto de España* (2 1/2 gramos en cada centímetro cúbico), mientras que el extracto fluido no representa más que un gramo por cada mínima (1 gramo por centímetro cúbico).

3—*Está libre de todo constituyente inerte é irritante*, y de aquí que no produzca inflamacion ni abscesos cuando se administra hipodérmicamente.

4—No produce náuseas ni aun en dosis altas y con frecuencia repetidas, como las ocasiona invariablemente el extracto fluido cuando se usa por un largo período.

5—No se altera con el transcurso del tiempo, y por consiguiente su accion siempre es segura y puede administrarse en todas las circunstancias.

El Ergotole se ha empleado con éxito en inyecciones en las hemorroides, y en el perinéo contra la relajacion del esfinter y el prolapso del recto.

Es indudablemente muy beneficioso en el aumento de volúmen del corazon producido por la dilatacion de las cavidades sin lesion valvular, especialmente cuando se usa al mismo tiempo que la digital. En el tratamiento de los aneurismas su valor es indiscutible.

Ocupa un lugar muy prominente en el tratamiento de algunas de las enfermedades de la mujer, como la sub-involucion, la dismenorrea congestiva, la metritis crónica, los fibromas uterinos, etc.

Probablemente su campo más extenso y más útil de accion—á más de la que ejerce en la práctica de la obstetricia—se encuentra en el tratamiento de las hemorragias procedentes de órganos internos, la hemoptisis, la hematuria, etc., y en la diátesis hemorrágica.

El uso del Ergotole ha sido seguido de los más satisfactorios resultados en la neumonía y la bronquitis.

En la incontinencia de orina, bien sea nocturna ó diurna consecutiva á la parálisis del esfinter de la vejiga, produce generalmente alivio muy notable. El mismo efecto ocasiona

en la espermatorrea y la parálisis de la vejiga debido á la distension excesiva del órgano.

Casos de varicocele han sido curados mediante inyecciones hipodérmicas de Ergotole. En ese caso la aguja hipodérmica debe ser colocada entre el espacio de una y otra vena teniendo especial cuidado de no pinchar la vena con la aguja. Venas varicosas han sido tambien aliviadas, insertando la aguja entre la piel, en completa proximidad con la vena, y verificando entonces la inyeccion de modo que el Ergotole permanezca en contacto con la vena sin penetrar en ella.

Hace unos dos años que el Ergotole pertenece al dominio de los profesores de medicina, y durante ese tiempo se ha administrado en profusion asi en los hospitales como en la práctica particular. En la Maternidad de la Universidad de Maryland y en el Colegio de Médicos y Cirujanos de Baltimore, su uso ha excedido con mucho al de todas las otras preparaciones de cornezuelo.

Dosis del Ergotole.—Hipodérmicamente de 5 á 20 minimas.

Por la boca de 5 minimas á media dracma fluida.

Mezclado con agua producirá una mixtura perfectamente diáfana.

EL Dr. MANUEL ARAUZ

Ha fallecido el doctor Manuel Arauz, profesor jubilado de Patologia interna, ex-Decano de la facultad de medicina de Buenos Aires, miembro del Departamento Nacional de Higiene, Diputado al Congreso y Delegado del Consejo Superior Universitario.

Fué todo un hombre de bien; asiduo en el cumplimiento del deber; probo y firme de carácter. Su clara inteligencia no le señaló, sin embargo, en todo lo que legitimamente podia dar, y ello ha sido debido sólo al medio en que el Dr. Arauz comenzó á desenvolverse en la época de sus primeros pasos científicos, allá por el año 1850.

Sus virtudes públicas y privadas eran ampliamente reconocidas, como que fué su existencia consagrada al bien; y por eso sus numerosos discipulos y amigos han rodeado su lecho de enfermo y su féretro.

BIBLIOGRAFIA

Localizaciones y síntomas cardíacos de la fiebre tifoidea. — (Período agudo y crónico; endocarditis; endocardio-tifus; embriocardia, su patogenia, etc.); por el Dr. *Antonio Vidal*, ex-interno por oposicion del hospital de clínicas.—Buenos Aires, 1893.

Con muy recto juicio y material propio de observacion, el Dr. Vidal presenta un estudio de mérito que le consagra desde luego investigador reposado.

Libre de todo apasionamiento y con severa reflexion, examina muy bien estas cuestiones, y se especialisa en la endocarditis inicial, pretifoidica. Sienta estas conclusiones:

1º Los signos clínicos de la endocarditis aguda pueden preceder á los del ileo-tifus; esta forma de infeccion puede llamarse *endocardio-tifus* y figurar al lado del *peumo-tifus*, *pleuro-tifus* y otros órganos *tifus*.

2º No está averiguado si en los casos de este órden se trata de infecciones superpuestas, ó bien de localizacion primitiva, directa, del veneno tifógeno, aunque hay hechos que hablan en favor de esta última interpretacion, para lo que hay que tener en cuenta la penetracion posible por la via respiratoria.

El Dr. Vidal, con una erudicion que revela su recomendable amor al estudio, presenta al dia todos los puntos que discute; y del aprovechamiento de sus trabajos da medida el que tenemos á la vista, primer fruto, muy preciado, por cierto, de su brillante inteligencia.

Que siga en la vía de la observacion clínica ilustrada por el estudio, y verá pronto colmadas sus esperanzas.

Parto forzado, tésis inaugural de *Hugo F. Sinistri*, ex practicante mayor, por concurso, del Hospital San Roque.—Buenos Aires, 1893.

El Dr. Sinistri, habiendo tenido ocasion de ver practicar el parto forzado en la clínica del Hospital San Roque, nos presenta en su tésis las indicaciones, manual operatorio, etc., de esta operacion, hoy mejor conocida que en otro tiempo, por los trabajos modernos, entre los cuales hay que mencionar en primer término los de Dührssen.

El Dr. Sinistri ha estudiado especialmente los obstáculos en el cuello uterino y la eclampsia como indicaciones del parto forzado, que son los que ha observado.

Estos trabajos sobre cuestiones prácticas que estudios modernos van haciendo más realizables, son los mejores y revelan un positivo adelanto en la enseñanza.

La tésis de Sinistri se leerá con provecho por los que se interesan en el progreso médico entre nosotros.

Biblioteca del Círculo Médico Argentino

OBRAS ENTRADAS EN EL MES DE AGOSTO DE 1893

Eloy Ch.—La mèthode de Brown Sequard, 1 tomo, edicion de 1893. Regalo de los editores señores J. B. Bailliere et fils.

Allara Vincenzo.—Il magnetismo negli animali e nelle piante, 1 tomo, edicion de 1893. Regalo de los señores Chiesa é Guindani.

Brochard.—Del uso de los baños de mar en los niños, 1 tomo, edicion de 1893. Regalo de la *Revista de medicina y cirugía práctica.*

Hemos recibido el volúmen V de la BIBLIOTECA CIENTÍFICA MODERNA, que lo constituye la interesantísima obra del eminente paidópata francés doctor Brochard, *Del uso de los baños de mar en los niños*, cuya *segunda edicion española* va traducida, anotada y seguida de un apéndice por el Dr. D. Manuel Tolosa Latour. El libro del sabio profesor francés que ha sido premiado por la Academia de Medicina de París, cuya primera edicion española agotóse en el espacio de muy corto tiempo, debe figurar indispensablemente en la biblioteca de todas las madres de familia, ya que en él se estudia minuciosamente el Océano y la atmósfera marina, se demuestra la utilidad de los baños de mar en los niños, se analiza su accion fisiológica y terapéutica, se detallan los fenómenos patológicos propios de la infancia que reclaman el uso de la medicacion marítima, se trata la eleccion de playa y se exponen las reglas que deben seguirse para el uso de los baños de mar en los niños, así como la higiene de éstos á orillas del Océano.

Forma un precioso volúmen de cerca de 300 páginas, con grabados intercalados en el texto y lujosamente encuadernado en piel.

Precio, 3,50 pesetas. En venta, en Buenos Aires, en las librerías de los señores Cuspinera, Espasa y Carlé.

Alvaro y Serrano.—Elementos del arte de los apósitos, 1 tomo, edicion de 1869. Regalo del señor Joaquin Nin Posadas.

Villar Francis.—Du tétanos céphalique avec paralysie faciale (1888). Lipomes des joues (lipomes de la boule graisseusse de Bichat, 1888), Anastomoses des nerfs du membre supérieur, 1888. Du prolapsus de la muqueuse de l'urétre par l'orifice du méat, chez la femme, 1888).

Arata Pedro N.—Apuntes de química, 2ª y 3ª parte, Buenos Aires, 1893. Regalo del autor.

Wood H. C.—Fever: A. Study in morbid and normal physiology; Philadelphia, 1880. Regalo del Dr. Samuel Gache.

Durant Arturo, Gonzalez y de la Torre.—Etude sur les fibro-

mes, lipomes et fibro-lipomes de la main, et des doigts; Bordeaux, 1893. Homenaje de los autores.

Conferencias sobre algunas temas del programa de Patología general, dictadas por el Dr. Roberto Wernicke, profesor de patología general en la Facultad de Medicina de Buenos Aires. (Reeditadas por el Círculo Médico Argentino). 1893. En venta en la Libreria Científica de Agustin Etchepareborda, Tacuarí 359, Buenos Aires.

Lecciones de patología general por el Dr. R. Wernicke

El Círculo Médico Argentino ha publicado las lecciones de patología general dictadas por el Dr. R. Wernicke, durante los años 1890, 91 y 92, en la Facultad de Buenos Aires, y aparecidas en los Anales de los mencionados años.

El tomo que hoy aparece contiene las siguientes materias:

Prefacio.—Sobre la herencia en patología.—Predisposicion.—Enfermedades fetales y monstruos.—Sitio de la enfermedad.—Causas morbígenas físicas.—Evolucion y terminacion de la enfermedad.—Sanacion.—Degeneraciones y atrofia.—Auto-intoxicacion.—Introduccion á la parasitología.— Generalidades sobre la infeccion.—Generalidades sobre los procedimientos para el estudio de los microbios.—Modo de terminar de las epidemias.—Coprología.— Poikilocitosis.—Protozoarios patógenos.—Trematodos.

Escritas para los alumnos de segundo año de estudios médicos, no tienen la pretension de profundizar las cuestiones que tratan, porque, como se comprende y lo hace notar el profesor Dr. Wernicke, en el prefacio, la preparacion que llevan los estudiantes inmediatamente despues del primer año de medicina, es exigua, y se ve forzosamente obligado en sus exposiciones á prescindir por completo de las nociones que al discípulo confiere el estudio de las patologías especiales y la observacion clínica.

De todas maneras, la publicacion de esta série de conferencias reportará grandes beneficios á los alumnos, los que seguramente la apreciarán en mucho y como es debido.

CONGRESO MÉDICO DE ROMA

El Congreso Médico Internacional que debia reunirse en Roma durante el actual mes de Setiembre, ha sido postergado para Abril de 1894.

Direccion General de Estadística Municipal

Defunciones ocurridas en la ciudad de Buenos Aires durante el mes de Julio de 1893

SEGUN SEXO Y ENFERMEDAD

ENFERMEDADES	SEXOS V.	M.	Total
A Afecciones generales			
1. INFECCIOSAS, CONTAGIOSAS Y MIASMÁTICAS			
Fiebre tifóidea	3	1	4
Viruela confluente	4	1	5
» hemorrágica	—	1	1
Sarampion	8	3	11
Escarlatina	3	1	4
Coqueluche	1	—	1
Difteria	26	18	44
Crup	14	18	32
Angina diftérica	1	—	1
Influenza	6	2	8
	66	45	111
2. ENFERMEDADES GENERALES			
Tisis pulmonar	53	31	84
» de la laringe	2	1	3
» meningea	3	3	6
» mesenterio	—	1	1
» peritoneo	1	1	2
Sífilis infantil	4	5	9
» en adultos	1	3	4
Cáncer	2	4	6
» del hígado	2	2	4
» de la vulva	—	1	1
» del estómago	6	1	7
» del esófago	4	1	5
» de la matriz	—	1	1
» de la lengua	2	—	2
» del útero	—	4	4
» de la vegiga	1	—	1
» de la laringe	—	1	1
» del recto	1	—	1
» del seno	—	1	1
» gastro hepático	—	1	1
» del abdómen	1	—	1
Paludismo	—	1	1
Diabetes sacarina	1	—	1
Raquitismo	—	1	1
Escrofulosis	1	—	1
Leucocitemia	1	—	1
Enfermedad Addison	—	1	1
Coriza	—	1	1
Glicosuria	1	—	1
	87	66	153

ENFERMEDADES	SEXOS V.	M.	Total
B Afecciones locales, agudas ó crónicas			
1. ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO			
Congestion cerebral	8	4	12
Apoplegia	—	4	4
Hemorragia	10	8	18
Meningitis	28	28	56
Meningo-encefalitis	2	1	3
Encefalitis	—	2	2
Derrame cerebral	1	4	5
Hidrocefalia	1	2	3
Mielitis	3	1	4
Reblandecimiento cerebral	2	3	5
Meningitis cerebro espinal	2	—	2
Tétano traumático	4	1	5
» infantil	15	9	24
Eclamsia	1	—	1
Eclamsia infantil	5	8	13
Parálisis general progresiva	3	1	4
Alcoholismo	7	1	8
Conmocion cerebral	1	1	2
Ataxia locomotriz	3	—	3
Goma cerebral	1	—	1
Embolia	—	1	1
Histerismo	—	1	1
	97	80	177
2. ENFERMEDADES DEL APARATO CIRCULATORIO			
Pericarditis	3	1	4
Endocarditis	3	5	8
Aneurisma de la aorta	9	—	9
Persistencia del agujero de Botal	—	1	1
Flebitis gangrenosa	1	—	1
Hemorragia umbilical	1	—	
Angina de pecho	2	3	5
Vicio orgánico al corazon	30	20	50
Ateromasia arterial	5	—	5
Miocarditis	4	3	7
Hemofilia	1	—	1
	59	33	92

ENFERMEDADES	SEXOS V.	M.	Total
3. ENFERMEDADES DEL APARATO RESPIRATORIO			
Laringitis	2	—	2
Bronquitis	26	28	54
Bronco-neumonia	35	34	69
Neumonia	69	46	115
Pleuro-neumonia	6	4	10
Pleuresia	2	4	6
Congestion pulmonar	5	4	9
Edema de la glotis	1	3	4
» pulmonar	2	—	2
Pio-torax	1	—	1
Hemorragia pulmonar	1	1	2
Espasmo de la glotis	1	1	2
Hidro toráx	—	1	1
Laringitis estridulosa	1	1	2
Hemoptisis	1	4	5
	153	131	284
4. ENFERMEDADES DEL APARATO DIGESTIVO			
Dispepsia	1	—	1
Catarro intestinal	—	2	2
Gastritis	2	—	2
Gastro-enteritis	9	6	15
Atrepsia	16	14	30
Enteritis	8	4	12
Entero-colitis	2	2	4
Oclusion intestinal	3	1	4
Tiflitis	1	—	1
Colitis	—	1	1
Peritonitis	5	2	7
Hepatitis	2	5	7
Quiste hidatico	1	1	2
Hemorragia intestinal	1	—	1
Cirrosis	—	2	2
» hepátita	4	3	7
Hematemesis	1	—	1
	56	43	99
5. ENFERMEDADES DEL APARATO GÉNITO-URINARIO			
Mal de Bright	—	2	2
Uremia	7	3	10
Nefritis	9	3	12
Albuminuria	2	1	3
Catarro vesical	1	—	1
Abceso urinario	1	—	1
Pielo nefritis	1	—	1
Cisto uretritis	1	—	1
Metro-peritonitis	—	1	1
	22	10	32
6. ENFERMEDADES DE LA PIEL Y TEJIDO CELULAR.			
Erisipela	1	3	4
	1	3	4

ENFERMEDADES	SEXOS V.	M.	Total
7. ENFERMEDADES DE LOS ÓRGANOS DE LA LOCOMOCION			
Mal de Pott	1	1	2
Artritis tuberculosa	—	1	1
Osteoma	1	—	1
	2	2	4
C Muertes accidentales ó violentas			
Asfixia por sumersion	6	—	6
Heridas	8	2	10
» por arma de fgo.	1	—	1
Ustion	—	4	4
Repentinamente	—	1	1
Intoxicacion saturnina	2	1	3
Sincope	1	1	2
Traumatismo	2	1	3
Fractura	4	—	4
	24	10	34
D Nacidos muertos ó muertos poco despues de nacer			
Debilidad congénita	18	20	38
Nacidos muertos	57	61	118
Icteria	—	2	2
Esclerema	—	1	1
	75	84	159
E Sin clasificacion			
Ulcera	—	1	1
Ascitis	1	—	1
Asfixia	2	2	4
Consuncion	4	2	6
Inanicion	2	1	3
Septicemia	2	—	2
Senectud	3	7	10
Astenia	1	—	1
Marasmo	1	—	1
Caquexia	1	—	1
Sin especificacion	4	—	4
	21	13	34

RESÚMEN

VARONES	MUJERES	Total
663	520	1183

Año XVI—1893 BUENOS AIRES Tomo XVI—Nº 10

Anales del Círculo Médico Argentino

OCTUBRE DE 1893

Contribucion al estudio del varicocele pelviano

Por el **Dr. Perez Iglesias**

He tenido ocasion de observar un curioso caso de varicocele tubo-ovariano, cuyo aparato sintomático simulaba á primera vista los edemas de la enfermedad de Brigth, tanto por su localizacion en la cara y su fugacidad, cuanto por su carácter de presentarse sin intérvalo determinado al despertar la enferma, desapareciendo en el curso del dia.

Como la entidad morbosa es de reciente estudio, pues que Richet y su discípulo Devalz (Tesis de Paris, 1858) han sido los primeros que han aflorado su estudio, bajo el punto de vista microscópico y los estudios posteriores no han sido numerosos, creo de verdadero interés práctico comunicar este caso, haciendo algun comentario al pié de la historia de la enferma, que es como sigue:

Señora E. de S. (Maria), tiene 23 años, buena constitucion, temperamento nervioso, trigueña, muy inteligente y de interesante figura.

Ni antecedentes hereditarios ni patológicos en la niñez y la pubertad.

Reglada á los 13 años. Reglas abundantes cada quince dias, que duran ocho. Dolores antes de las reglas en las regiones ováricas, que desaparecen al presentarse aquéllas. En el intervalo no hay leucorrea.

Casada á los 20 años.

Primera preñez á los tres meses del matrimonio. Parto normal, no hubo fiebre. El periné sufrió una pequeña rasgadura, que parece persistió.

Segunda preñez dieciocho meses despues. Parto muy laborioso, pero terminado por los esfuerzos de la naturaleza.

Hemorragias durante tres meses, vértigos, onnubilaciones Dolores en las regiones ováricas y renales. Vientre timpanizado. Edemas en las piernas. Fiebre durante tres dias. Desgarradura nueva del periné de mediana importancia y no curada tampoco.

En este segundo niño, la señora E. de S. ha criado durante seis meses.

Estado actual.—La señora se queja de grandes dolores renales, dolores ováricos, sensacion de peso en la pequeña pelvis, menorragias muy abundantes, vértigos, onnubilaciones, pérdida momentánea de la vision, timpanizacion del vientre edema en las piernas, edemas fugaces en la cara, que aparecen al despertarse, con peso y aumento de volúmen de los párpados, y el surco naso-labial. Fenómenos estraños de índole histérica, como sensacion de hormigueo en el brazo izquierdo, de frio á lo largo del raquis, etc.

La nutricion se hace bien, con tendencia á la obesidad.

No hay flux de ninguna clase á excepcion de las menorragias. Constipacion habitual de vientre.

Exploracion. Vagina en ligero prolapsus, periné con una desgarradura poco profunda de 1 cent. y medio de longitud. No hay flux de ninguna clase, ni foliculitis sospechosas, cuello grueso con desgarraduras múltiples sobre todo en las comisuras, cavidad uterina, 9 cent. y medio, canal cervical dilatado y rugoso, cuerpo grueso y en ante-flexion marcada. Fondos de saco laterales, dolorosos, deprimiendo profundamente, sensacion de desigualdades en sentido transversal, de consistencia renitente; anexos, un poco gruesos y dolorosos, nada en el fondo de Douglas; en el anterior, ligera incomodidad y todos de consistencia elástica.

Orina en 24 horas.....	900 gramos
Reaccion.....	Acida
Densidad.....	1021

No hay albúmina, ni peptona, ni azúcar, ni leucocitos, ni epitelium.

Dicho análisis es el resultado medio de los hechos por el químico Raveca en varias ocasiones.

Nada de particular en los demás aparatos orgánicos, despues de exámenes minuciosos repetidos varias veces por mi dis-

tinguido colega y amigo el profesor Dr. Vizca, cuya competencia pone la observacion al abrigo de todo error.

Mi diagnóstico se reduce á lo siguiente:

Congestion dol aparato útero-ovariano, varicocele tubo-ovariano y quizá ligera metritis glandular.

Como tratamiento instituyo las duchas vaginales á 45º de cuatro litros dos veces por dia y el hamamelis virjinicus al interior á la dosis de 10 gotas por dia con observacion, tomadas en tres veces, el dia 22 de Junio del pasado año.

El 2 de Julio, los dolores y el peso han disminuido, el vientre se timpaniza mucho menos, los edemas de la cara y las piernas son muchísimo menores, la enferma se encuentra relativamente bien, muy animada y esperando sus reglas del 5 al 6. Estas se presentan el 8 y duran cinco dias; los dolores que se acusaban dos ó tres antes de ellas se han reducido á un solo dia y con menos intensidad.

11 de Julio:—Los fenómenos nerviosos, dolores cardíacos y del brazo izquierdo no existen; los edemas han desaparecido, la menstruacion ha sido como cantidad la mitad que antes, el útero ha disminuido de volúmen (7 cent. y 1/2). La enferma se encuentra perfectamente y puede caminar sin molestia.

A consecuencia de un viaje, pierdo de vista la enferma, pero sé por la familia que continúa bien y que ha seguido el tratamiento durante cinco meses, sin haber vuelto á sentir ningun fenómeno de los anteriores.

A la vista de esta historia y de lo ocurrido en el transcurso del tratamiento, surje á no dudar la idea que el diagnóstico de congestion pelviana era absolutamente exacto, ya que el tratamiento ha venido á manera de reactivo á comprobarlo.

Pero la índole especial del caso, me obliga á entretenerme un poco á propósito de las modalidades conjestivas del aparato sexual interno de la mujer, y á discutir un punto objeto de serias controversias aun, y que planteado por el célebre ginecólogo Emmet, está pendiente de resolución; se trata de la importancia de las desgarraduras del cuello en la patología útero-ovariana.

Como se vé por la historia, la señora E. de S. podría considerarse caso típico de desgarradura del cuello, y no seria iló-

gico admitir dentro de la manera de ver de Emmet y sus discípulos, que el sindrome observado, respondia á dicha lesion, que por lo estraño, encuadra perfectamente en las descripciones clásicas hechas al respecto.

Y sin embargo podemos afirmar por exclusión, que ni las lesiones del cuello ni las del periné, causaban ese complexus sintomático, ya que las cosas quedaron tal y como estaban, no porque yo no hubiera propuesto la intervencion, sino á causa del miedo que despierta en las señoras, cualquier cosa con visos de quirúrgica.

Quedan pues el útero y los anexos para dar la explicacion plausible de los hechos.

Y ante todo: ¿qué lesiones observamos en dichos órganos?

Un solo síntoma (la menorragia) con aumento de volúmen del órgano, y en los anexos dolor y tumefaccion renitente á todo lo largo del ligamento ancho, que desaparecen por el uso del calor y el hamamelis; se trata, entonces, de un proceso conjestivo, ya que en este solo encuadra el sorprendente éxito obtenido por un tratamiento tan simple.

Despréndese, pues, como corolario lógico, el que hay un número quizá notable de trastornos en la mujer, que constituyen un grupo al que yo propongo llamar «Desequilibradas útero-ovarianas», en el que la conjestion predomina y despierta reacciones singulares en el sistema nervioso al punto de poder simular enfermedades cual la de Britgh, como sucede en el caso que origina estas consideraciones.

Por mas que la conjestion pelviana haya sido el objeto de artículos y capítulos en obras y monografías, desde hace muchos años, es necesario llegar como dije al principio de esta exposicion, al año 1860, en que Richet y su discípulo Devalz empiezan á estudiar la parte que á cada órgano toca, en este proceso.

Desde entonces y como trabajos notables, citaré el de Dudley «Varicocele in the female» del «New York Med. Journ», 11 y 28 de Abril de 1888, el de Coe «Varicocele in the female» del «American Journ, of Obstetrics», Marzo 1889, el de Petit «Varicocele de l'ovaire» nota presentada á la Sociedad Obstétrica y Ginecológica de Paris (Mayo de 1891) y Nuevos Archivos de Obstetr. y Ginecológica (25 Octubre de 1891), en un artículo titulado «Des lesions de l'ovaire dans le varicocele pelvien» y al fin la tesis de mi querido amigo y compañero de servicio en los hospitales, Mr. Roussan (Paris 1892).

He aquí una série de trabajos cada cual notable á propósito de los procesos conjestivos pelvianos, trabajos de los que voy á tratar de condensar lo más importante para la historia del varicocele pelviano ó tubo-ovariano.

Antes de pasar en revista dichos documentos, conviene fijar los términos sobre una cuestion previa y es á saber: ¿qué debemos entender por varicocele en la mujer?

Primer punto en litigio y primer punto de árdua controversia, pues mientras que Dudley parece englobar desde la flebiectasia hasta la esclerosis venosa en dicha entidad, Coe no admite como verdadero varicocele sino los casos en que hay espesamiento de la pared venosa.

Es posible que pase en esta cuestion, lo que en la célebre de las nefritis entre unicistas y dualistas y es justamente lo que se resolverá aquí, lo mismo que allá, que no se trata sino de gradaciones sucesivas, que empiezan con el éxtasis para concluir en la esclerosis. En todo caso y mientras el problema se resuelve, hay conveniencia en conservar bajo la denominacion de *conjestion pelviana venosa* la série de trastornos ocurridos en el aparato genital de la mujer, que empiezan en el éxtasis venoso para terminar en el estado quístico y la atrofia de los ovarios.

Encuadrado así el proceso y por mas vasto que pueda parecer á primera vista, podemos bajo el punto de vista clínico considerarlo de dos maneras, que son: ó como entidad *per sé* ó como complicacion á otras enfermedades; dejemos la segunda fase por el momento para estudiar la primera.

Fuera del estado grávido, la frecuencia del varicocele ha sido diversamente apreciada por los autores.

Dudley, piensa que es mas frecuente en la mujer que en el hombre y esta es la opinion del profesor W. H. Porter, quien afirma que muchas supuestas inflamaciones agudas y crónicas de los ligamentos anchos no responden sino á un éxtasis venoso que repercute sobre todo el aparato sexual, y más aun sobre el ovario, que á la largo sufre la degeneracion esclero-kistica.

Vilsen, dice haber encontrado en muchas laparotomias venas gruesas y dilatadas, que ha extirpado ó no, y contrariamente á Porter, cree que la causa del éstasis está en los ovarios, ya que extirpados éstos, el varicocele desaparece.

Mis maestros Lawson-Tait y Pozzi, ven en el curso de sus

laparotomias que las varices del ligamento ancho se encuentran con gran frecuencia, y el primero afirma que muchas afecciones del ovario son debidas á congestiones pasivas.

Coe, al contrario, piensa que el varicocele en la mujer con espesamiento de la pared venosa es muy raro y excepcional encontrarlo á la autopsia; que las dilataciones son resultado de antiguas flebitis uterinas y que el estado esclero-kistico así como la dilatacion venosa reconocen como causa antiguas adherencias peritoneales alrededor del ovario, que han comprometido la circulacion del órgano.

Pozzi dice haber encontrado muchas veces venas flexuosas en el espesor de los ligamentos anchos, y yo recuerdo haber sido testigo presencial de varios casos en el servicio de dicho maestro, operados por él ó por su jefe de servicio mi distinguido amigo Picqué.

Roussan, relata en su tésis cinco observaciones, seguidas de exámen microscópico y recogidas, sea en el servicio de Pozzi, sea relatadas en el trabajo de Petit.

Al fin, basta examinar atentamente el aparato genital interno, considerar su situacion desfavorable al curso de la sangre venosa, los múltiples cambios vasculares que en él se verifican á consecuencia de las funciones que llena, la disposicion de la vena ovariana izquierda desprovista de válvula á su desembocadura de la renal, para convencerse que el éxtasis venoso debe ser cosa sobradamente comun, ya sea bajo la forma de varices, ya bajo la de flebitis, confirmadas, con espesamiento de paredes etc., como lo quiere Coe.

Por lo que respecta á la etiologia y la patogenia no es una sola sino el concurso de muchas causas, las que originan el varicocele pelviano. La teoría mecánica parece en efecto insuficiente para interpretar los hechos, puesto que no todas las mujeres son varicosas, ni todas las varicosas han sufrido la mas grande de estas influencias que es la preñez, ya que el varicocele se observa tambien en las nuliparas.

Devaltz, acusa en primer término la herencia, reasumiendo su pensar cuando dice: «se nace varicoso, como se nace escrofuloso.»

Dudley, invoca la disposicion de las venas en el ligamento ancho que por decir así flotan entre una atmósfera de tejido

laxo, y al seguir el movimiento evolutivo del útero en el estado grávido, se hacen sinuosas, sufriendo fatalmente la influencia de la involucion uterina.

Hace notar al mismo tiempo, la influencia de la constipacion constante, de los cambios de situacion del útero con torsion de los ligamentos infundibulo-pelvianos, la débil resistencia de las paredes venosas, etc. como causas de estado conjestivo habitual de los órganos de la pequeña pelvis, y del mismo parecer son algunos otros, inútil de relatar.

No es posible terminar el capítulo etiologia, sin tomar en consideracion la teoria fisiológica de Coe, apoyada en las experiencias de Henricius (Helsingfors), relatadas por Fiuska en 1889.

De tales experiencias resulta que el útero es un órgano erectil y que esa ereccion se produce por la contraccion de la fibra muscular. Ahora bien: esa contraccion existe al estado fisiológico como lo demuestran los trazados gráficos de Henricius, resultando que el útero está animado constantemente de esta clase de movimientos que son unos espontáneos, otros isocronos con los latidos cardiacos y otros al fin con los movimientos respiratorios.

¿Qué pasa, pues, cuando el útero está en ereccion?

Que mientras la corriente arterial se verifica normalmente, por virtud de la resistencia y el espesor de sus paredes, resistencia dada sobre todo por el tejido elástico y la fibra muscular, la contraccion de la fibra uterina obra directamente sobre la pared venosa desprovista de esos elementos, produciendo por lo tanto un obstáculo á la circulacion ó sea un éxtasis venoso. Si á esto se añade que las venas de los ligamentos anchos corren perpendicularmente al eje del cuerpo y que están sometidas fisiológicamente á cambios de capacidad frecuentes, periódicos é irregulares, tendremos la explicacion de la causa mas constante de varicocele pelviano.

Aparte de todas estas teorias, la observacion clínica demuestra que el tonus de los tejidos varia con cada individuo, y es por esto que en general las operaciones que se practican con motivo del descenso del útero (colporrafias) dan muchos menos resultados en las mujeres de temparamento linfático, de piel fina y cabello rubio, que tienden muy frecuentemente á la obesidad, que en las trigueñas de cabello negro y de temperamento nervioso, de complesion recia. ¿Quién sabe si esa pro-

piedad de los tejidos, no responde á la mayor ó menor actividad del microfito?

Las lesiones anátomo patológicas pueden reasumirse como lo hace Roussan en su brillante tésis, á dos fases, que son: 1ª, Fase mecánica ó de congestion pasiva, caracterizada por el edema, la tumefaccion y el estado pseudo-quístico del ovario: 2ª. Fase de esclerosis progresiva, caracterizada por la transformacion sclero-quística y la atrofia del ovario.

La sintomatología es oscura y el signo que Dudley da como característico: dolor lancinante vivo con su máximum de intensidad en la region renal, que desaparece por el decúbito dorsal, y aparece en la estacion vertical, está muy lejos de ser patognomónico de varicocele. Lo mismo puede decirse del dolor en la ingle que se aumenta con la estacion vertical, pero lo que indudablemente es de frecuencia suma, es la presencia de molestias, ya con carácter de dolor ya de calor y peso cuando la estacion vertical se prolonga.

La enferma de mi observacion, apenas podia permanecer 5 minutos de pié, porque cuantos fenómenos describimos en la historia, se exacerbaban notablemente.

Otro fenómeno casi constante son las menorragias precedidas de dolores antes de aparecer la regla, y sin que exista estrechez alguna del canal cervical. Lo mismo ocurre con el aumento de volúmen del útero y la presencia de flux intermitentes, siempre que no haya antecedente infeccioso.

Para reasumir: el cuadro sintomático del varicocele pelviano varia al infinito y ora puede presentarse con el sindrome de una metritis, ora como en mi observacion, simulando la enfermedad de Britgh, por los edemas fugaces, los vértigos, etc. etc. Así, pues, el diagnóstico no puede hacerse sino por esclusion al punto que yo me atrevo á dar como regla general la siguiente: *siempre que un proceso útero ovaro-salpingiano no encuadre en cualquiera de las enfermedades definidas y frecuentes de la patologia sexual, máxime si el conjunto sintomático resulta del todo extraño y bizarro, es prudente pensar en el varicocele pelviano.*

El pronóstico se subordina al momento en que el cirujano observa el caso. En la primera fase puramente mecánica, un tratamiento bien dirigido triunfa maravillosamente: en la fase esclero-quística las lesiones pertenecen al número de las irre-

parables, pues que el ovario queda absolutamente inapto para su funcion.

De todo esto fácil es deducir el tratamiento. Las aplicaciones calientes, los alcalinos, el hamamelis virginicus, el masaje metódico y progresivo, un régimen apropiado, el tratamiento de la constipacion habitual, la interdiccion de todo cuanto puede provocar el eretismo uterino, son los medios de que podemos disponer, y que manejados hábilmente, dan resultados positivos en la práctica.

En la fase eslero-quística, todos los medios anteriores; y si los desórdenes comprometen seriamente la vida de la enferma, acudir sin vacilacion á la laparotomia, cuidando de extirpar los anexos á raiz del cuerno uterino, ya que estudios concienzudos del profesor Cornil, permiten considerar el estado esclero-quistico como maligno, pues que es susceptible de reproduccion.

Para terminar: el caso que he observado viene á ilustrar un punto abordado por el profesor Porter; es á saber: la influencia del varicocele pelviano sobre el resto del organismo.

Se ve que la conjestion venosa de la pequeña pelvis puede producir fenómenos extraordinarios en todo el organismo por el intermedio del sistema nervioso. ¿Qué hubiera llegado á suceder en mi enferma sin la intervencion?

Aquí empieza el fecundo campo de las hipótesis, en el que yo no me propongo penetrar, dejándolo reservado á los colegas que quieran ocuparse con documentos clínicos, de ilustrar tan interesante punto.

Buenos Aires, Septiembre 17 de 1893.

LOS TUMORES DE LA MAMA (1)

MÉTODO DE DIAGNÓSTICO

Por el **Dr. Diógenes Decoud**

Si consideramos que los cánceres representan un 82 á 84 por ciento en la totalidad de los tumores de la mama (*Billroth*), y que se desarrollan en la proporcion de siete décimos entre los cuarenta y sesenta años, en tanto que los tumores benignos son muy raros á esa edad; si consideramos además que la mayor parte de las veces presenta caracteres muy aparentes, el diagnóstico entonces, dadas estas condiciones, seria muy sencillo y por lo general acertado.

Sin embargo, esto está muy lejos de ser la expresion de la verdad, é investigando más detenidamente, puede objetarse que si bien la proporcion de su frecuencia es exacta en la consulta clínica de los hospitales, no ocurriria igual si á ella se uniera la observacion de la práctica diaria y los que ni siquiera son sometidos al exámen, por abandono en la baja clase social, ó por excusas púdicas.

En la frecuencia del cáncer se tiene en cuenta constantemente la proporcion de los tumores malignos con relacion á los tumores benignos, pero ocurre con más frecuencia la necesidad de una distincion entre los cánceres y las diversas formas de mastitis crónica, sobre cuyo estudio tanto se ha adelantado en los últimos tiempos. El estudio clínico, en efecto, muy á menudo nos coloca en el caso de diagnosticar si la lesion corresponde á una neoplasia ó á una inflamacion, porque es muy grande la analogía que presentan sus diversos signos físicos.

Otra objecion sobre la aparente facilidad del diagnóstico, es

(1) BIBLIOGRAFÍA.—*Delbet*, in Traité de Chirurgie, t. VI.—*O. Lannelongu* in Nouveau Dictionnaire de Médecine et Chirurgie.—*Leon Tripier*, in Dictionnaire Encyclopedique de Sciences Médicales Pratiques.—*Paul Reclus* in Clinique Chirurgicale de l'Hotel Dieu y Semaine Médicale, pág... 1893.—*Albert*. Traité de Chirurgie, 1893.—*Franz Koenig*- Pathologie Chirurgicale, t. 2º.—*Billroth et Winiwarter*, Pathologie et therapeutique chirurgicale, 1887.—*Gross*, Pathologie et clinique chirurgicale, t. 2º, 1891.—*Sohimmelbusch*, in Revue Internationale des Sciences Médicales, july, 1893.—*Duplay*, in Union Médicale, 1893.—*Quenú*, in Traité de Chirurgie, t. 1º.—*Ed. Rindfleisch*, Histologie Pathologique, 1888.

que importa establecerlo en los primeros tiempos de la aparicion del tumor, y entonces las condiciones cambian. Sabiendo cuanto vale la intervencion operatoria prematura en los tumores malignos, la necesidad de una diferenciacion clínica se impone desde el primer momento, pero es precisamente cuando ofrece dificultades que pueden escapar á la investigacion más minuciosa.

Aunque en ocasiones algunos datos etiológicos pueden auxiliar al diagnóstico, debemos tener presente que hoy ya no se pueden aceptar los que mayor valor tenian antes.

En los orígenes de todo tumor, el traumatismo parecia ser el acto determinante de su desarrollo ó de su aparicion, como el despertamiento de una diátesis. Ya hace mucho que *Broca* no admitía el valor patogénico de esta causa sinó para los lípomas. Examinando los hechos detenidamente, hemos podido comprobar que este órgano, por su sitio, por su forma saliente, escapa difícilmente á las contusiones accidentales más ó menos violentas, y si llegáramos á un interrogatorio bien llevado, no habría mujer que no se quejase de haber recibido en alguna vez de su vida un traumatismo de la mama. La glándula experimenta á la vez congestiones reflejas, á veces dolorosas, y cuando llega al período de su mayor actividad fisiológica, como durante la lactancia, queda más expuesta, por causa de esa misma actividad, que llega á ser mórbida si la invasion bacteriana ha podido verificarse por las vías de entrada entonces abiertas.

Durante siglos la herencia del cáncer en los tumores de la mama era admitida. El hecho es posible, y existen casos que no son de simple coincidencia; pero no es constante ni aún frecuente. Los exámenes comparativos que se han verificado (*Williams*, *Snow*) nos colocan en condiciones de no admitir la herencia sinó con un carácter muy restrictivo. De lo contrario, si fuera realmente trasmisible, cuántas generaciones hubieran desaparecido, cuántas estarian condenadas con años de anticipacion á ser víctimas del mal incurable!

Pero si los datos etiológicos no auxilian sinó en raras ocasiones, en cambio los diversos signos físicos y funcionales nos habilitan para establecer el diagnóstico, aun en los primeros tiempos, en la mayor parte de los casos. Para lograrlo, los signos aislados jamás serán suficientes, pero la reunion sucesiva de esos signos conducirá fácilmente al conocimiento de la en-

fermedad. Es por esto que he querido bosquejar un plan metódico en el que se encuentren reunidos los caracteres que corresponden á las diversas lesiones de la mama, considerados respectivamente en sus apariencias físicas y en sus manifestaciones funcionales.

1. El primer punto de nuestro exámen debe referirse al ESTADO DE LA PIEL. El punteado especial que se compara al que presenta la cáscara de naranja, es un signo importante. En ocasiones se observa á la simple inspeccion, pero se hace más evidente cuando se trata de formar un pliegue cutáneo.

Este punteado tiene dos causas: la adherencia inflamatoria en superficie, por retraccion del tejido conjuntivo,—y la formacion de trabas fibrosas. El primer caso se observa en las mastitis crónicas (frecuente) y en la tuberculosis de la mama (raro). El segundo, el capitonaje característico, es propio del cáncer y nunca falta.

Luego, llegado el caso en que se observe este punteado, el simple aspecto no bastaria para establecer el diagnóstico, y hay que asociarlo á los otros signos que acompañan á la mastitis crónica y al cáncer. Los conmemorativos pueden auxiliar: la mastitis tiene por causa la lactancia ó el traumatismo, en tanto que es muy raro que el cáncer empiece con la lactancia.

El punteado de la mastits se produce mucho más pronto que en el cáncer. En el primero puede faltar; en el otro sobreviene más ó menos pronto, siempre, por lo general entre los 10 y 12 meses: el pliegue deja ver entonces, á veces, surcos blanquizcos que corresponden á várices linfáticos, y clínicamente recién entonces empieza el infarto ganglionar. Si hay edema ó rubefaccion, el diagnóstico debe inclinarse á la mastitis, y por otra parte, téngase siempre en cuenta la rapidez de la evolucion: en presencia de un tumor que no data sinó de dos ó tres meses, debe eliminarse la idea de un neoplasma que no evoluciona tan rápidamente.

En la tuberculosis de la mama, si existe punteado, no se le observa sinó en un periodo ya avanzado, y entonces se constata el tumor subyacente, claramente fluctuante.

Los otros tumores, como el adeno-fibroma, pueden llegar hasta la piel, pero sin adherencia ni punteado. En la mastitis crónica difusa la piel es normal.

En los períodos avanzados, cuando el tumor ulcera la piel, el diagnóstico no es difícil, porque la diferenciacion es fácil: la úlcera del cáncer es adherente en el contorno, mientras que en los otros neoplasmas se desprende fácilmente.

2. El pezon.—En el estado fisiológico, por anomalía congénita puede observarse la ausencia del pezon—*atelia*—(raro); la *brevedad* del pezon;—la *ombilicacion*, en que el pezon, aunque bien conformado, tiene á su rededor una depresion limitada por un rodete saliente periférico;—y la *invaginacion*, que es un grado más avanzado, con un surco más profundo y el pezon mismo parcial ó completamente invertido en dedo de guante. En todos estos casos el pezon es móvil y se atrae fácilmente.

El pezon extendido se ve en el adeno-fibroma, pero este carácter es mas propio del adeno-sarcoma. Por la traccion puede hacérsele recuperar momentáneamente su forma normal, en tanto que el pezon retraído es fijo.

La retraccion del pezon se observa en los siguientes casos: —*a*) por causa de un goma sifilítico que ha evolucionado cerca del pezon, y que deja su cicatriz característica;—*b*) por tuberculosis de la mama, enfermedad rara, en la cual la retraccion constituye á veces el primer signo;—*c*) á consecuencia de una mastitis aguda;—*d*) en la mastitis crónica;—*e*) en la enfermedad de Paget, en que la ulceracion empieza siempre por el pezon con tendencia á la retraccion consecutiva, y entonces se siente la induracion superficial subyacente (W*ickham*).

La retraccion del pezon es sobre todo uno de los caracteres mas constantes y más inmediatos del cáncer, cuando se ha desarrollado en el centro de la glándula ó la ha invadido. El pezon entonces queda fijo y como formando un apéndice deforme adherente al neoplasma.

3. Los derrames del pezon.—En el estado fisiológico la secrecion de la leche puede observarse mucho tiempo, aún años despues de los límites ordinarios. En la lactacion patológica, la secrecion se vuelve serosa y alcanza á uno y dos litros por dia. La lactacion heterocrona es muy frecuente en los recien nacidos, pero es importante sobre todo cuando se observa fuera del embarazo, en vírgenes, nulíparas ó multíparas: se explica que pueda ocurrir por excitacion mecánica, pero aún no se ha dado una interpretacion satisfactoria en los casos en que esa excitacion ha faltado.

La salida de leche, por compresion de un tumor, es característica del galactocele. Cuando este es antiguo, el líquido salido por compresion puede consistir en una simple serosidad.

El derrame del pezon, mucoso, seroso ó lactiforme, por lo general no tiene gran valor diagnóstico, porque se observa igualmente en los tumores benignos y en los tumores malignos, y no indica con certidumbre sinó que el proceso se desarrolla en la glándula, lo cual ocurre en la gran mayoria de las neoplasias. Pero cuando el derrame es muy teñido en sangre, ó sangre pura, está seguramente en relacion con un tumor epitelial, y si la sangre sale espontáneamente, es porque se trata de un epitelioma dendrítico (*Delbet*).

En esta neoplasia que parece propia de una edad avanzada, siempre más de 40 años, el primer síntoma, en plena salud, suele ser el derrame del pezon, sin descubrirse ningun tumor al exámen más atento, y esto á veces varios meses antes del desarrollo. Es seroso, á veces sanguinolento, y cuando es sangre pura, puede afirmarse el diagnóstico: cuando no viene antes del tumor, es muy posible que le seguirá. El derrame provocado puede producir la desaparicion momentánea del tumor, que pronto reaparece.

4. El infarto ganglionar—Se observa el infarto ganglionar: *a*) en un período relativamente avanzado del cáncer;—*b*) en la mastitis crónica, frecuente, pero no constante;—*c*) en la tuberculosis de la mama;—*d*) en la enfermedad quistica, excepcionalmente.

En el cáncer, el infarto se observa generalmente despues del punteado, próximamente un año despues de haberse iniciado la evolucion del tumor. Primero se infartan los ganglios situados en el borde externo del pectoral mayor, á veces en las dos axilas, ó bien el infarto va á los ganglios sub-claviculares, sin afectar los axilares. De que el infarto no ocurre sinó despues del punteado, debe admitirse clínicamente y no anatómicamente, porque aunque no se compruebe bajo la piel, los ganglios se descubren en el trascurso de una operacion precoz, ya infestadas.

Como los signos de la mastitis crónica son muy análogos á los del cáncer, y en uno y otro hay infarto, se debe tener presente algunos hechos para diferenciarlos.

En la mastitis llama la atencion la desproporcion entre el

tumor y el gran volúmen del infarto, en tanto que un neoplasma de tres á seis meses no se acompaña de infarto clínicamente apreciable. En la mastitis es oscilante, aumenta y disminuye alternativamente, y en los períodos menstruales, al mismo tiempo que la glándula, los gánglios se tumefactan y se vuelven dolorosos. Otro carácter del infarto en la mastitis, es que los ganglios son más grandes, más dolorosos y más numerosos que los que corresponderían á un tumor maligno de igual volúmen.

En la tuberculósis de la mama, el infarto se produce antes ó despues que la glándula esté enferma. Los ganglios del borde del gran pectoral tambien se infartan y un grueso cordon une los ganglios á la mama. Este cordon, grueso de tres centímetros, lo he observado en un caso de mastitis crónica. Los gánglios de las tuberculosis mamarias, aunque sean invadidos los últimos, supuran primero.

En el adeno-fibroma y en el adeno-sarcoma, no existe infarto ganglionar y si ocurre es por causa de alguna complicacion inflamatoria. Esta ausencia de infarto proviene de que esos tumores se propagan, no por los linfáticos sinó por los vasos sanguíneos, de modo que sin infarto pueden existir núcleos secundarios en el higado, en el pulmon ó en el cerebro.

5. El dolor.—El dolor en los senos es espontáneo ó provocado.

El *dolor espontáneo* (mastodinia) se acompaña por lo general de lesiones anteriores ó actuales que pueden explicar su causa.

Las neurópatas, las histéricas, suelen quejarse de dolores vagos en los senos, mucho tiempo despues de haber recibido un traumatismo, aunque no persistan lesiones aparentes.

Los caracteres del dolor en la mastodinia, son los propios de toda neurálgia: fijo ó irradiado, constante, pasajero, débil ó extraordinariamente intenso, pero en todo caso el dolor no correspondería tanto á la lesion como á la mujer. En cuanto á la lesion, ésta puede consistir en pequeñas nudosidades que corresponden probablemente á una forma vaga de mastitis crónica; ó bien se constata la existencia de un pequeño tumor, grande apenas como una arveja, móvil, y que quizá sea un tubérculo sub-cutáneo doloroso, un adenoma (*Duplay*) ó un quiste hidatídico (raro).

El dolor puede estar ligado á una neurálgia intercostal, y en ocasiones, aunque muy raras, puede no encontrarse ni antecedente mórbido, ni lesion aparente, pero en ese caso seguramente corresponderá al primer periodo de un proceso que va á desarrollarse.

El seno histérico tiene sus caractéres mejor determinados: uni ó bilateral, con congestiones periódicas relacionadas ó no á la menstruacion, hiperestesia cutánea y disminucion de la sensibilidad dolorosa por la presion intensa.

En algunas mujeres, durante la menstruacion se produce una turgescencia dolorosa que induce á pensar en la mastitis crónica ó en nudosidades, pero que puede ser independiente de toda lesion, sin entrar en el cuadro del seno histérico.

El dolor provocado es propio de la mastitis crónica ó de los neoplasmas.

En la mastitis crónica, la presion da lugar á una sensacion dolorosa netamente percibida, tal como no se encuentra en los neoplasmas. Puede localizarse en el centro ó en la periferia, segun donde la inflamacion tiende á progresar, y si es muy vivo es por que está próximo á supurar. Este signo del dolor, cuando existe en el primer periodo de un tumor, es importante é inclina el diagnóstico á una lesion inflamatoria, porque no existe en el comienzo del cáncer.

En los neoplasmas malignos el dolor es frecuente por causa de propagacion de la proliferacion á los nervios ó por compresion debida á un desarrollo rápido cuando el tumor se sitúa bajo las aponeurosis. En el cáncer, una vez en tres, los dolores pueden llegar á ser atroces, con irradiaciones al hombro, pero es de observarse que no aparece sinó en los últimos períodos, cuando todos los otros signos son ya acentuados. En el principio la presion no despierta ninguna sensacion anormal.

Los tumores benignos, los quistes hidatídicos, no producen dolor sinó cuando se complican de alguna lesion inflamatoria, y entonces el diagnóstico debe basarse en los antecedentes inmediatos.

Cuando el orígen del tumor es traumático, puede existir dolor, pero no muy acentuado. El hecho de un tumor doloroso al principio, es en general propio de los tumores benignos (*Duplay*).

6. El tumor — Despues de haber descrito los principales signos físicos y funcionales que conviene tener bien presente, el exámen de los tumores no presentará más dificultades á pesar de la aparente similitud que presentan.

En los periodos avanzados, el volúmen extraordinario del tumor bastará para hacernos pensar en un sarcoma quístico, puesto que los lipomas que alcanzan un volúmen aún mayor, son escepcionalmente raros. En los primeros períodos, los datos de su evolucion y los conmemorativos unidos, á los signos físicos y funcionales, serán los guias del diagnóstico.

En el exámen de los tumores de la mama, debe establecerse su movilidad ó adherencia á la glándula, su movilidad ó adherencia al pectoral mayor ó á la piel. Sobre esto último ya me he ocupado.

Los puntos de contacto con la glándula se determinan con la palpacion, para constatar si es difuso ó limitado. Si se toma la glándula con los dos dedos no es posible darse idea de los límites de un pequeño tumor, y entonces el procedimiento más expeditivo es practicar la palpacion con toda la mano abierta, y comprimiendo de adelante atrás sobre la pared torácica (*Velpeau*). Así se perciben aún los núcleos más pequeños.

El diagnóstico de los tumores, que casi siempre se descubren por azar, importa más en el primer período de su evolucion, y entonces hay que establecer si se trata de un proceso inflamatorio, de un proceso específico, de un tumor benigno ó de un tumor maligno, y en este último caso la variedad á que corresponda.

Por lo general, aún en los primeros períodos es fácil distinguir los tumores benignos, adeno-fibromas, quistes hidatídicos, galactocele; pero las dificultades empiezan cuando se quiere diferenciar las lesiones inflamatorias, específicas ó no, de los tumores epiteliales y las variedades á que pertenecen.

Aun teniendo en cuenta todos los signos, el error en ocasiones es posible, hasta en las formas no complejas en que no existen dos tipos al mismo tiempo; pero vamos á ensayar sus límites de separacion.

Entre los tumores benignos, el *galactocele* es el menos frecuente: es un tumor regularmente redondeado, de consistencia variable, desarrollado durante el embarazo ó la lactancia, sin ninguna inflamacion. Su signo patognomónico es la salida de leche por el pezon. A veces la compresion da lugar sola-

mente á un derrame de serosidad, pero entonces, como el coágulo queda en el quiste, conserva la huella de la presion, y esto no se observa en ningun otro tumor. Se distingue además del adeno-fibroma por los antecedentes y de los neoplasmas quísticos porque no está rodeado de zonas duras. Cuando el galactocele no se acompaña de los derrames característicos por el pezon, el diagnóstico con el adeno-fibroma es más difícil, sobre todo durante el embarazo, que actúa sobre el desarrollo de uno y otro.

Los quistes hidatídicos, igualmente muy raros, son tumores móviles, redondos, renitentes y se distinguen por su evolucion lenta. Para alcanzar el volúmen de una nuez, un quiste hidatídico necesita por lo menos cinco meses (*Leukardt*).

Los adeno-fibromas, como los otros tumores benignos, como el cáncer en su primer período, se descubren accidentalmente. Su vólúmen es entonces como el de una nuez, pero se le observa grande como una naranja, de consistencia dura, cubierto por pequeñas lobulaciones y completamente indolente. Es móvil bajo la piel, sobre las partes profundas y aún en la glándula, de modo que escapa al ser explorado, y estos caracteres jamás se observan en las lesiones inflamatorias y en los neoplasmas epiteliales. El *adeno-sarcoma* presenta en su primer período el mismo aspecto que el adeno-fibroma, del cual no se podria distinguir ni anatómicamente, ni al exámen clínico, al punto que predomina la idea de que la neoplasia sarcomatosa siempre empieza por ser un adeno-fibroma. Su sitio predilecto es el lado superior y externo del seno.

Los adeno-fibromas son de evolucion muy lenta, y con frecuencia, despues de quedar estacionarios mucho tiempo, son susceptibles de trasformarse, desarrollarse rápidamente y adquirir una malignidad que no la tenian antes, de tal modo que, segun que predomine el elemento conjuntivo ó el elemento epitelial, el adeno-fibroma se trasformará en adeno-sarcoma ó en epitelioma. Por eso se admite que lo que constituye la malignidad ó benignidad de estos tumores, no es tanto su naturaleza, como la disposicion recíproca de sus diversos elementos. Los adeno-sarcomas son los tumores que llegan á adquirir mayor desarrollo, y entonces son abollonados, irregulares, tanto, que su aspecto es característico.

El diagnóstico de los adeno-fibromas y de los núcleos de la

mastitis crónica no podría á veces hacerse clínicamente, ni aun anatómicamente, puesto que se sostiene el origen inflamatorio de los adeno-fibromas (*Koenig*, *Kennedy*), y porque para otros sería este, ó el fibroma (*Virchow*) el último término de las inflamaciones crónicas.

El diagnóstico de las lesiones inflamatorias y de las neoplasias epiteliales es más importante, tanto por las dificultades que suele presentar, cuanto porque se dividen en una muy grande proporcion casi toda la patología de la mama.

Hay, en efecto, entre la mastitis crónica y el cáncer algunos signos comunes, que en su conjunto presentan una apariencia análoga, como ser la retraccion del pezon, el infarto ganglionar, el punteado de la piel, y las adherencias difusas del tumor. La multiplicidad y la biteralidad, unida á la etiología, pero sobre todo la pluralidad de los tumores aboga por la eliminacion del cáncer; es en las formas de transicion que el diagnóstico empieza á ser difícil.

En el dominio de las *mastitis crónicas* entran los núcleos indurados, ligeramente adherentes y dolorosos que se observan aun mucho tiempo despues de un traumatismo ó de una matitis aguda. No sería posible entonces distinguirlos de cierta clase de tumores: quizá lo sean, puesto que han sido descritos como fibromas (*Virchow*) que representarían el último término de la mastitis crónica (*Koenig*), ó bien constituirían «como infiltración plástica y celular del tejido conjuntivo, ese estado neutro é indiferente que precede á la mayor parte de las neoformaciones patológicas» (*Rinfleisch*). En otras ocasiones, en la forma rara de mastitis crónica, difusa, los nódulos son múltiples, diseminados, irregulares, del volumen de una cabeza de alfiler ó un grano de arverja;—á veces existen dos ó tres nudosidades más grandes, y todo esto sin lesïones de la piel, á veces sin infarto ganglionar y con una marcha irregular y oscilante: unos desaparecen, otros se forman, en tanto que persisten exhacerbaciones congestivas menstruales. La enfermedad quística (*Reclus*) presenta un sindroma análogo y clínicamente no podría apartarse del cuadro de las mastitis crónicas, ni tampoco anatómicamente. Clínicamente, la bilateralidad de la afeccion no es constante. Los casos en que la enfermedad quística ha recidivado y que han dado lugar á considerársele como infectante y de origen epitelial, se ha reconocido por el exámen

histológico no ser entonces sinó una forma de epitelioma quístico interacinoso.

Aunque la descripcion que se ha hecho de la enfermedad quística es exacta, no existe propiamente como una nueva forma mórbida. El error proviene de haber confundido en una misma descripcion, como una sola entidad, la mastitis crónica difusa (*Toupet*), el epiteliona dendrítico, el adenoma quístico (*Schimmelbusck*), los adeno-fibromas múltiples y los pequeños quistes y ectasias parciales de los conductos galactóforos, que Virchow ha descrito como un tipo de mastitis intersticial crónica, producida por causa de la presion del tejido conjuntivo interacinoso que se retrae.

La mastitis crónica evoluciona mucho más rápidamente que los tumores malignos, y es de regla que cuando se encuentra un tumor del volúmen de un huevo, adherente, no ramoso, con límites difíciles de determinar y que ha llegado á ese volúmen en dos ó tres meses, aunque presente retraccion del pezon, punteado de la piel, infarto ganglionar y adherencias profundas, puede eliminarse la idea de un neoplasma, que no marcha tan rápidamente. En ocasiones la puncion exploratriz puede ser útil (*Reclus*) y la salida de pus indicaría que se trata de un abceso tibio, que no es seguramente sinó un galactocele supurado, forma que tambien corresponde á las mastitis crónicas.

En la *tuberculosis* de la mama existen núcleos duros, móviles, mal circunscritos, poco ó nada dolorosos á la presión, pero con la evolucion continua, propia de las lesiones tuberculosas: se agrandan, se caseifican, supuran, y dan lugar á otras tantas fístulas. Cuando se vuelven confluentes forman un tumor principal, irregular, rodeado de núcleos más pequeños, con predileccion al segmento externo de la glándula, á la cual se adhiere. En tres meses alcanza el volúmen de una papa y si no se abre, aumenta rápidamente y se caseifica. Si el infarto ganglionar es anterior al tumor, caso que es el más frecuente, el diagnóstico se impone, y luego la rapidez de su evolucion y del infarto apoyan su diagnóstico diferencial de la mastitis y del cáncer, á pesar de la analogía de sus otros signos. En el primer período, el diagnóstico de la mastitis y de la tuberculosis de la mama es á veces imposible.

El *goma sifilítico* se presenta en el primer período bajo la forma de un tumor redondo, móvil, del volúmen de una nuez ó de un huevo, que ha evolucionando al cabo de dos meses, y

crea entonces adherencias á la piel é infarto, pero no se le podria distinguir de la tuberculosis y de la mastitis sinó por la rapidez de su evolucion y la coexistencia de otras lesiones sifilíticas.

Los *tumores epiteliales* son excepcionales antes de los 30 años y solo una décima parte se desarrollan entre los 30 y 40 años. Su diagnóstico es fácil, por lo general, si se reunen los diversos elementos á que ya hemos hecho referencia: la adherencia á la glándula, móvil con esta, pero no sobre esta, sus límites difusos, su indolencia y despues de ocho ó diez meses, el punteado de la piel, la retraccion del pezon y el infarto ganglionar, son los caractéres que hemos distinguido anteriormente.

Los cánceres presentan algunas variedades raras: el *epitelioma dendrítico* que no se ha observado antes de los 42 años, se presenta bajo la forma de un tumor pequeño, como una nuez á lo más, bajo el pezon ó la aréola, relativamente bien circunscrito y móbil. A veces en vez de uno, son dos, tres ó más y constituiria entonces un tipo de enfermedad quística, pero esta forma, como ha sido descrita, es relativamente frecuente, y el epitelioma dendrítico muy raro. El característico que le acompaña es la secrecion del pezon, serosa, sanguinolenta ó sangre pura, y esta última seria patognomónica. La marcha del epitelioma dendrítico es muy lenta: queda años estacionario, pero puede infestar los ganglios y recidivar en su lugar.

En el *cáncer agudo* la evolucion es rápida, en masa, á menudo bilateral, con caracteres que llegan á hacerlo confundir con un flemon (*Terrillon*). El *encefaloideo* es igual al cáncer vulgar al principio, pero despues es blando y fluctuante por causa del desarrollo de quistes, y su marcha es más rápida. El *cáncer diseminado*, muy raro, se presenta bajo la forma de pequeños botones carnosos ó sub-cutáneos producidos por embolias linfáticas. El *esquirro en coraza*, que es una forma más adelantada del anterior, ataca la piel en placas. El *esquirro atrófico*, así como el *cáncer coloide* son de marcha muy lenta y este último no se podría diagnosticar clínicamente.

El moluscum, lns quistes dermoides, los quistes sebáceos, los lipomas, son muy raros en la mama.

Buenos Aires, Octubre 3 de 1893.

INJERTO ÓSEO EN EL CRÁNEO DE UN NIÑO

Clínica Quirúrgica del **Doctor Llobet,** en el Hospital Rawson

Por **Pedro Barbieri**

Bernardino Rodriguez, de siete años de edad, argentino, ingresó al servicio del Dr. Llobet (Hospital Rawson) el dia 23 de Junio de 1893.

Como antecedentes hereditarios ofrecia por parte de la madre, tic facial y algunos ataques nerviosos (?). El padre, los ascendientes de éste y los hermanos del enfermo, son sanos.

Hasta la edad de tres años Bernardino no padeció de otras enfermedades que las comunes de la infancia. Las fontanelas, al decir de la madre, no se ocluyeron prematuramente. A esa edad le sobrevino un fuerte ataque convulsivo, principio de una enfermedad que le duró, ó que por lo menos le obligó á guardar cama durante tres meses. En el curso de esta enfermedad tuvo mucha fiebre, fuertes dolores de cabeza, vómitos y convulsiones. Hácia el fin de los tres meses tuvo una hemiplegia cruzada (brazo derecho y pierna izquierda). Esta hemiplegia, de cuya duracion no dan cuenta exacta los padres, desapareció, de modo que al levantarse, solo pudieron observar en él un cambio marcado de genio. De bueno y jugueton se hizo huraño y díscolo. A los pocos dias de levantarse observóse que el niño aflojaba las rodillas y caía frecuentemente, lo que atribuian los padres á la debilidad consecutiva á la afeccion que lo habia postrado durante tanto tiempo. Al mes de levantado—más ó menos—tuvo un fuerte ataque convulsivo. Desde un poco antes habia ido perdiendo paulatinamente la memoria y el uso de la palabra, de tal suerte, que al cabo de un año su memoria era casi nula y solo alcanzaba á pronunciar con muchísima dificultad *papá*, *sopa* y un pequeñísimo número de palabras más.

Durante todo este lapso de tiempo tenia ataques convulsivos análogos al ya descrito, ora diarios, ora irregulares, presentándose en ocasiones solo cada quince dias.

Despues de estar sometido á los tratamientos más variados fué operado por el Dr. Llobet, el mes de Setiembre de 1892.

La intervencion llevada á cabo entonces consistió en la

aplicación al nivel del centro del lenguaje articulado, de una corona de trépano. Levantada la rodaja ósea de un centímetro de espesor, se extrajeron de toda la circunferencia por medio del sacabocados, varios trozos de hueso, de modo que llegó á constituirse una pérdida de sustancia de cerca de tres centímetros de diámetro.

La operacion tuvo por resultado la desaparicion casi completa de los ataques, que solo se presentaron despues rarísimas veces.

Tambien el número de palabras que hablaba el enfermo se hizo mayor y pronunciaba mas fácilmente.

Curado de esta primera intervencion sin accidentes, fué dado de alta el mes de Enero de 1893 y volvió á ingresar al Hospital Rawson (Sala XI) el dia ya indicado.

La causa de su nueva entrada residia en la aparicion de accesos convulsivos que, sin ser muy frecuentes, habian alarmado á los padres.

Examinado á su entrada á la sala, obtuviéronse los datos siguientes:

La cabeza presenta en la region frontal izquierda una cicatriz angular que mira á la derecha y atrás, de siete centímetros de lado, que comprende una depresion en el hueso, vestigio de la operacion sufrida anteriormente.

La depresion redondeada, tiene 3 c. c. de diámetro y corresponde á la circunvolucion de Broca. Existen alrededor de ésta, varias otras cicatrices, vestigios, á lo que parece, de los golpes que se da durante los ataques.

Las suturas de los huesos del cráneo son muy marcadas y especialmente la coronal que se traduce por una diferencia de nivel de medio centímetro entre el borde del frontal y el de los parietales.

Las eminencia frontales están poco desarrolladas, lo mismo que las occipitales. Estas últimas están achatadas, de modo que la cabeza del enfermo es plana por la parte posterior. Las eminencias parietales están por el contrario exageradamente desarrolladas.

La palpacion indica el grosor exagerado de los huesos del cráneo y especialmente del frontal. El fondo de la depresion produce, igualmente á la palpacion, una resistencia ósea.

Los diámetros de la cabeza son:

Circunferencia cefálica	48 c.
Antero posterior	30 c.
Trasverso	18 c.
Bi-auricular	33 c.

La distancia existente entre la raíz de la nariz y la implantacion de los cabellos es de cuatro centímetros.

Hay prominencia bastante acentuada de ambas mandíbulas (prognatismo), representando la cara en general y mirada de frente un plano inclinado cuya parte más saliente es la inferior de la cara y la más entrante, la frente.

Las eminencias molares poco acentuadas, los ojos algo hundidos y pequeños y las orejas implantadas á igual altura, grandes é implantadas hácia atrás.

Los lóbulos de las orejas están pegadas en casi toda su extension á las partes laterales de la cara y el pabellon se ensancha considerablemente hácia arriba y atrás, de modo que las orejas vienen á tener más ó menos la forma de abanico.

Los dientes de leche aun persisten y son anormales. Los incisivos medios inferiores presentan una eminencia central limitada á los lados por dos escotaduras á cuyo lado existe otra eminencia.

Estas particularidades se observan sobre su borde superior.

De los dientes, faltan todos los de la mandíbula superior, menos los molares y solo los incisivos laterales inferiores en cuyo sitio aparecen haciendo punta los dientes permanentes.

El frenillo de la lengua falta ó está muy poco desarrollado.

Las demás regiones de su cuerpo no presentan particularidad alguna digna de notarse, como no sea una fimosis congénita y la exigüidad de sus órganos genitales que no corresponden en tamaño á los de un niño de la edad de este enfermo.

La actitud de Bernardino es la de un individuo de escaso desarrollo intelectual. Su mirada no es fija; solo se establece su atencion cuando se mencionan comestibles en su presencia. Parado, flexiona algo los miembros inferiores é inclina el cuerpo sobre la pelvis y cuando por cualquier motivo está satisfecho verifica en esta posicion movimientos rítmicos de balanceo al par que junta las manos dirigiéndolas hácia adelante.

La actitud de su cuerpo no varia cuando camina.

Su marcha es vacilante.

Solo pronuncia un escaso número de palabras y bastante mal.

Pan, *leche*, *tortas* y *plata*, son las más comprensibles.

Sabe indicar cuando necesita orinar, pero no defecar.

Durante una permanencia de dos meses en el hospital solo tuvo dos ataquesque no fueron muy violentos. El niño caía de cara, en cualquier sitio, y quedaba inmóvil, con los ojos abiertos y las pupilas ocultas bajo el párpado inferior. Al cabo de dos ó tres minutos volvia en sí sin experimentar molestia alguna y con su modo de ser habitual.

Los ataques fueron diurnos. Fácil es que algunos nocturnos hayan escapado á la observación de los asistentes de guardia dado el sueño tranquilo de que gozaba Bernardino durante a noche.

Salvo estos ataques, no hay en el funcionalismo de su economía tacha alguna.

He de agregar aquí antes de terminar la historia del enfermo, que durante su permanencia en el hospital se ha mostrado huraño y malo. Llora cuando no se le entiende ó complace, y pega, lastima y rompe cuanto cae bajo su mano.

El engrosamiento del hueso frontal, los ataques epileptiformes y las alteraciones de la palabra, decidieron al Dr. Llobet á practicar la craniectomía. Teniendo en cuenta la pérdida de sustancia que iba á producir, pensó también en el modo de llenarla y al efecto consiguió una placa de celuloide para reemplazar el hueso que iba á extirpar. Más tarde, sin embargo, cambió de opinion y se decidió por una trasplantacion ósea, consiguiendo el hueso de un perro jóven, previamente preparado para el dia de la operacion, verificada en el Hospital Rawson el dia 1º de Septiembre de 1893. Mientras el Dr. Llobet circunscribía un colgajo que comprendía las partes profundas hasta el hueso angular de 10 cc. de lado y mirando atrás y á la derecha y separaba con la legra las partes blandas con el periostio inclusive, el practicante mayor sacaba de un perro anestesiado la mayor parte de la calota craneana, á la que ponía en una solucion de agua salada al seis por mil.

El Dr. Llobet atacó despues el hueso con la gubia y el martillo por delante de la sutura coronal y extrajo un fragmento de hueso de *siete centímetros* de longitud por *cinco* de ancho,

fragmento que confinaba con la pérdida de sustancia sufrida por el hueso en la operacion anterior.

La hemorragia del cuero cabelludo fué cohibida por la forcipresion y la del hueso por cera iodoformada. Regularizados los bordes del hueso con el sacabocados, libertada la depresion existente de la operacion anterior de la capa ósea que la cubría, el Dr. Llobet procedió á preparar el hueso extraído de la cabeza del perro.

De los dos parietales del perro formó dos fragmentos redondeados cuyos bordes biseló á expensas de la lámina interna con el saca-bocados. Aseguró de este modo la adaptacion del hueso de perro á los bordes de la pérdida de sustancia, quedando apenas al descubierto una pequeña parte de la duramadre, con la que no llegaba á estar en contacto el periostio levantado por los fragmentos trasplantados.

Se cubrió el hueso trasplantado con el colgajo formado por las partes blandas y se suturó la piel á puntos separados.

La curacion antiséptica colocada despues de la operacion, solo fué levantada á los nueve dias. Se sacaron los puntos de sutura; la herida había curado por primera intencion sin reacción febril.

Si satisfactorio en grado sumo ha sido el resultado operatorio, el terapéutico no ha sido malo.

Salvo un ataque convulsivo del primer dia, subsiguiente á la operacion, y debido á la compresion del cerebro por la serosidad sanguínea, éstos no se han presentado más y el niño da pruebas de más vivacidad, fija más la atencion y provee mejor á sus necesidades que antes.

Dado el corto tiempo trascurrido desde la operacion, conviene ser cauto en la apreciacion del resultado terapéutico, pero lo que por lo menos queda establecido con este ejemplo es la bondad y absoluta inocuidad de esta intervencion, de la que mucho hay que esperar aún.

Buenos Aires, Setiembre de 1893.

HOSPITAL RAWSON

Herida penetrante del abdómen por arma de fuego. Laparotomía.—Curacion

Por **C. Sobre-Casas**

Interno de la clínica quirúrgica

No me detendré en este artículo en los detalles del procedimiento operatorio, porque creo que están al corriente de ellos todas las personas que han asistido á estas clases de intervenciones, y solo haré ligeras consideraciones sobre el *por qué* de la operacion en el caso que á continuacion expreso.

N. N., de 30 años de edad, se presenta en la noche del 8 de Setiembre con una herida producida por arma de fuego, en la region del hipogastrio izquerdo. Procedí, con el distinguido compañero é interno A. E. Chioconi, á practicar la antisepsia del campo operatorio y hacer la exploracion de la herida para darme más ó menos cuenta de los órganos lesionados y de la direccion del proyectil. La circunstancia de haber el herido recibido el balazo en momentos en que se levantaba de la mesa despues de comer abundantemente, nos produjo la impresion de que el estómago estaba interesado y resolvimos con los practicantes P. Lopez y J. A. Ferrari, aprovechar el estado de embriaguez que iba dominando, para no dar cloroformo, en la conciencia de que evitaríamos con los movimientos vermiculares y peristálticos producidos en el período de excitacion, la salida de alimentos ó de materias sépticas que vendrian á infectar la cavidad peritoneal.

Puestas en práctica rigorosamente las medidas antisépticas que en estos casos se aconsejan, hice una incision de 0,08 cts. y llegué al peritoneo, donde me detuve para lavar la region con ácido bórico y agua hervida y efectuar la hemostasia completa; hecho esto, incindí la serosa y cubrí con compresas calientes las asas intestinales, procediendo á explorar minuciosamente, para encontrar el órgano herido. Vimos tres per-

foraciones solamente, que estaban colocadas á corta distancia, en el intestino delgado. En vista de esto, suturamos las heridas, aprovechando la de Lembert, notándose al fin, que el intestino no disminuyó de calibre. Como el epiplon hacia hernia por la estrecha abertura de la herida y presentaba una perforacion, resolví ligarlo y resecarlo.

Las suturas fueron hechas en planos superpuestos, con catgut y seda, aplicándose en seguida una curacion antiséptica. Se le manda hielo al vientre, ópio y cognac con café.

No presentó durante los primeros dias ningun síntoma que hiciera sospechar la más ligera infeccion; á los diez días se levanta la curacion y sacan los puntos de sutura, viéndose con gran satisfaccion que la herida estaba completamente cicatrizada. Debo mencionar una ligera retencion de orina que duró algunos dias, y cedió á un tratamiento apropiado.

Como se ve, la laparotomía en este caso estaba no solo indicada, sinó que se imponía por las condiciones favorables en que el enfermo se encontraba; la herida era reciente y por lo tanto la infeccion si se habia producido no se manifestaba por ningun síntoma; el pulso y el estado general eran tan satisfactorios que quizá esto que mirábamos más de cerca, era lo que nos llevaba á intervenir sin pérdida alguna de tiempo. Además, la idea casi cierta de que alguna de las vísceras estaba interesada, nos invitaba á proceder de una manera radical, á pesar de las ideas conservadoras que me dominan: hubiera sido un error dejarle reducido simplemente á un estricto tratamiento médico, porque pronto hubiéramos podido asistir al desarrollo de una peritonitis seguramente fatal. Si la naturaleza ayudada por este tratamiento salvaba de la infeccion, quedaba todavia expuesto á serios peligros, porque la cicatrizacion verificada en las perforaciones hubiera producido una estrechez del intestino, condicion favorable para que tarde ó temprano cuando el individuo se dedicara á su régimen acostumbrado de vida, estallara una oclusion intestinal.

Estas ideas que á grandes rasgos enuncio, justificaban la operacion, afianzaban nuestra confianza y nos daban seguridad de un resultado final satisfactorio en la intervencion que practicábamos.

Creo que si el éxito nos ha favorecido, no nos debe inducir á pensar y á obrar con la firmeza de ideas que algunos ma-

nifiestan en las heridas penetrantes del abdómen, sea cual fuere el estado y las condiciones que rodean al enfermo; por más que los que así se conducen piensen como Trélat, que bastan dos probabilidades en cien, para que una operacion esté indicada. Difícil é imposible tarea de ver en este cúmulo de contraprobabilidades, cuáles son estas dos que vienen á salvar ó á poner en mejores condiciones los enfermos, cuando vemos á cada paso en una enfermedad sencilla, que la causa que viene á ayudar nuestros deseos se convierte al poco tiempo en un enemigo tenaz que hace la desesperacion del paciente y la incertidumbre del médico. Aunque no tanto en cirugia, podemos, sin embargo, decir que hay una correlacion estrecha entre las causas que favorecen el éxito y las que influyen en el insuceso, por más que la antisepsia y procedimientos operatorios vengan á hacerme la impresion de una *matemática* médica.

Debo agradecer sinceramente la cooperacion inteligente en el momento de la operacion, á los señores P. Lopez y J. A. Ferrari.

Buenos Aires, Setiembre 30 de 1893.

TREPANACION DEL RAQUIS

En las fracturas de la columna vertebral

De esta interesante materia trata la tésis presentada á la Facultad de Medicina de Burdeos por el doctor Gaston Marion.

En su primer capitulo resume la historia completa de las diversas fases por que ha pasado esta cuestion, registrando datos desde las primeras tentativas de Pablo d'Egina, en el siglo VIII, hasta los últimos trabajos aparecidos, sobre todo de la escuela francesa, para la que el autor reclama con justicia el honor de haber sido la que más ha avanzado en el estudio de las indicaciones de la trepanacion por fracturas raquídeas.

El capítulo segundo es el que sirve de base á las consideraciones que formula Marion; en él se registran las estadísticas de Gunther, Schmit, Gurlt, Félizet, Hamilton, Chipault,

Morris, Maisonneuve y Villar, que hacen un total de 75 casos.

Pero el mayor interés de este trabajo se concentra en el capítulo en que se discuten las indicaciones operatorias, á cuyo efecto estudia por regiones las fracturas de la columna, ya sean antiguas ó recientes, con fenómenos medulares ó sin ellos.

Respecto á la region cervical, no emite una opinion definitiva la gravedad especial que revisten estas fracturas y los pocos casos de intervencion que se registran en la literatura médica, impiden formular un juicio que seria prematuro mientras no tuviera por base un número suficiente de observaciones.

Las fracturas de las regiones dorsal y lumbar superior, las divide como Malgaigne en fracturas de las apófis espinosas, fracturas de los arcos posteriores y fracturas del cuerpo vertebral, estudiando las indicaciones operatorias, segun que se trate de fracturas recientes ó antiguas.

Las fracturas de las apófisis espinosas, no presentando fenómenos medulares, no ofrecen el interés que tienen las fracturas del arco posterior, sobre todo cuando los fragmentos quedan desviados y que comprimiendo la médula producen la paraplegia y los trastornos paralíticos por el lado del recto y de la vejiga.

El autor atribuye en estos casos los fenómenos medulares, puramente á la compresion de la médula, agregando que no es admisible pensar en la destruccion ó seccion completa de este órgano. Sentado esto, establece además: que los fragmentos deplazados son agentes permanentes de irritacion, que es necesario extraer, y de aquí la irracionalidad de los tratamientos en boga hasta hoy y la lógica de las intervenciones que estudia.

«La trepanacion de la columna vertebral, nos parece, pues, absolutamente indicada en las fracturas del arco posterior de las vértebras, cuando dan lugar á fenómenos medulares.»

Las fracturas del cuerpo vertebral, ya sea solo ó concurrentemente con la fractura del arco posterior, comprometen mas la integridad de la médula, razon por la cual, es más controvertida la intervencion en estos casos; pero tomando como base el hecho de la mejoria incuestionable que se ha obtenido con la trepanacion en casos de esta naturaleza; aceptando la posible regeneracion de los elementos nerviosos

y teniendo en cuenta, como piensa Félizet, que interviniendo, por desesperado que sea el estado del enfermo, no podrá jamás ser perjudicado por la operacion, sino que por el contrario es susceptible de proporcionarle ventajas, dice el doctor Gaston Marion: «Nos parece, pues, que la trepanacion raquídea está aquí indicada, ya sea que los síntomas respondan á una simple compresion, ó á una seccion completa de la médula.»

Llega á las mismas conclusiones respecto de las regiones lumbar inferior y sacra.

El autor es partidario de la intervencion precoz, dependiendo el éxito en las intervenciones tardías, del grado de la degeneracion de la médula y de la posibilidad de su regeneracion.

Tiene además otro punto interesante esta tésis; ella demuestra que la cuestion de las intervenciones activas en las fracturas del raquis, sale ya del terreno de los ensayos y de las tentativas, para probar con la verdad elocuente de los números las ventajas que prometia el raciocinio y la lógica en que están inspiradas.

La multiplicacion de las observaciones hace ya entrever feliz término á estas vacilaciones.

Como dice el autor, procediendo por comparacion, encontramos que el tanto por ciento de supervivencias después de las fracturas no trepanadas, es:

Segun	Brown Séquard	1	%
»	Boyer.....	3 ⅓	»
»	Gurlt.....	24.5	»
»	Ashurst y Hutchinson	32.7	»

Puede tomarse como base la estadística de Gurlt que es la mas completa y comprende 270 casos.

El tanto por ciento de supervivencias despues de la trepanacion es:

Chedevergue	en	24	trepanaciones	obtuvo	5	curaciones
Werner.....	»	31	»	»	6	»
Félizet.....	»	26	»	»	5	»
Chipault....	»	50	»	»	12	»

«Las dos primeras estadisticas son demasiado incompletas y sobre todo demasiado antiguas para que puedan tomarse en

cuenta. Sumando el tanto por ciento de las estadísticas de Félizet y Chipault, obtenemos una proporcion de 37 %, superior en un 13 % á la estadística de Gurlt que hemos tomado en comparacion. La de Chipault, da una proporcion de 30 % de curaciones, mayor aún á la Gurlt.»

«Segun la estadística, es la trepanacion la que ha dado mayor número de éxitos en el tratamiento de los síntomas de compresion medular consecutivos á las fracturas. Se puede objetarnos que el tanto por ciento de curaciones ó de mejorías no es bastante considerable para motivar la intervencion. A esto responderemos: aun cuando no hubiera más que una probabilidad sobre cien de salvar á un herido, el cirujano deberá intervenir sobre todo si ha agotado todos los recursos del tratamiento médico. Por otra parte, haremos notar que en las dos estadísticas más recientes, la operacion ha sido hecha en enfermos ya en pésimas condiciones.»

Con respecto á la altura de la lesion, se tiene segun Félizet:

Region	cervical	sobre	6	intervenciones	2	curaciones
»	dorsal	»	13	»	2	»
»	lumbar	»	2	»	1	»

Segun Chipault:

Region	cervical	sobre	10	intervenciones	1	curacion
»	dorsal	»	14	»	1	»
»	lumbar	»	9	»	3	»

Esta tésis lleva XXXIII observaciones minuciosamente detalladas.

Lamento que los estrechos límites de mi artículo no me permitan seguir uno á uno los interesantísimos datos consignados en este trabajo, que á la vez que revela el criterio ilustrado de su autor, refleja el estado en que se encuentra uno de los grandes problemas de la cirugía contemporánea.

DR. MANUEL A. ZAVALETA.

Buenos Aires, Octubre 1º de 1893.

ICTERICIA POR OBSTRUCCION

(De la «Gaceta Médico-Farmacéutica» de New York)

Es sumamente interesante y muy digno de ser leído con atencion y estudiado con detenimiento, un trabajo recientemente presentado por el Dr. Vaughan Hasley, relativo á la ictericia por obstruccion, del cual se deduce cuán erróneas son las teorías que hasta ahora han dominado en la ciencia acerca de este fenómeno que con tanta frecuencia se ofrece en la práctica.

En esta comunicacion, el Dr. Vaughan demuestra, fundado en los experimentos que ha llevado á cabo en animales, el curioso hecho de que la aplicacion de una ligadura en el canal torácico, no solo impide la ictericia que de otra manera es secuela invariable de la obstruccion completa del canal biliar comun, sino que hace desaparecer la ictericia resultante de la oclusion del mismo conducto que se hubiese presentado con anterioridad á la ligadura del canal torácico.

Sus experimentos le han llevado tambien á demostrar concluyentemente la causa del fenómeno, á primera vista paradógico, de que la interrupcion en el curso de una secrecion dada, tiene la facultad de anular completamente los efectos de una secrecion enteramente diversa en otro conducto, no teniendo por otra parte, como hasta aqui se habia supuesto, ninguna conexion fisiológica ni anatómica con él.

Hasta ahora estábamos en el error de creer que la bilis contenida en los apéndices biliares al verterse en los intestinos y quedar en ellos encerrada, penetraba en el torrente circulatorio á través de los vasos sanguineos capilares, siendo así que, en realidad, éstos no toman participacion alguna ni tienen nada que ver con la absorcion de la bilis. El Dr. Vaughan Hasley ha encontrado por el contrario que ésta solamente es absorbida por los linfáticos, transportada por ellos al canal torácico y llevada á la circulacion general por el intermedio de las venas innominadas.

No son estos los únicos puntos importantes, si bien son los de interés más culminante que abraza el trabajo citado referentes á la ictericia por obstruccion, pues todo él, como diji-

mos al principio de este artículo, merece estudio y meditacion, sintiendo que la falta de espacio para otros asuntos nos prive de conceder más extension á estos estudios y experimentos que es indudable han de ejercer marcada influencia en el tratamiento de la ictericia por obstruccion y nos limitaremos á trascribir las conclusiones á que llega el autor, que son las siguientes:

1ª.—Que, contra la teoría patológica actualmente aceptada, la bilis eliminada por la orina y depositada en la piel en los casos de ictericia por obstruccion, no entra en el torrente circulatorio absorbida por los vasos capilares sanguíneos.

2ª.—El sistema de los vasos linfáticos es el único que absorbe el líquido biliar en la ictericia por obstruccion, y por medio del canal torácico es como dicho líquido penetra en la circulación general.

3ª.—Después que el canal torácico ha estado ligado durante algunos dias, se forman conductos suplementarios por el enlace, ya de otros de nueva formacion ó de algunos pequeños linfáticos colaterales preexistentes por debajo del punto en que radica la ligadura, á través de los cuales la linfa pasa á la vena innominada derecha.

4ª.—Que despues que el conducto comun de la bilis está ligado, todos los constituyentes del líquido biliar detenido no se encuentran con igualdad, siendo los principios más concentrados los menos solubles, como la colesterina y la mucina.

5ª.—De los experimentos hechos en perros, muchos de los cuales no solo han vivido, sino que han ganado en peso despues que se ha impedido á la bilis que penetre en el duodeno, puede deducirse que la entrada de la bilis en el tubo digestivo no es absolutamente esencial para la vida.

6ª.—Que la ligadura del canal torácico no solo impide que se presente la ictericia por obstruccion, despues de la oclusion del conducto biliar comun hecho en perros, sino que la hace desaparecer despues de haberse presentado.

Tratamiento de la pulmonía en los niños

En un interesante articulo inserto en los *Archives of Pediatrics* se ocupa el Dr. A. Jacobi de la terapéutica de esta afeccion con la competencia en él habitual.

El autor citado divide la pulmonía en los niños en catarral ó lobular, fibrinosa ó lobar, é intersticial, correspondiendo las dos terceras partes próximamente de los casos á la primera forma, una tercera parte poco más ó menos á la segunda, y unos cuantos solamente á la tercera. Segun el Dr. Jacobi, la pulmonía lobular constantemente y la lobar con bastante frecuencia, son precedidas de catarro bronquial, hecho cuyo conocimiento es de gran importancia, pues tratando debidamente dicho catarro y evitando que los enfermitos se expongan á ciertas influencias susceptibles de desarrollar la pulmonía, podrá muchas veces evitarse esta afeccion siempre peligrosa.

Sea cualquiera la forma que la enfermedad afecte, el autor aconseja reposo absoluto, excluyendo de la habitacion visitas importunas, una luz demasiado viva y toda clase de ruido, manteniéndola á una temperatura de 68º á 72º Far., y procurando que la atmósfera esté ligeramente húmeda. Aconseja además que se deje tomar al paciente la posicion que elija, que se le sujete á una alimentacion líquida, dándole en abundancia agua y limonada, y que se mantenga el vientre libre.

Los principales síntomas que hacen temer una terminacion funesta en la neumonía aguda de estos seres débiles y pequeños, son la temperatura muy elevada, el síncope cardíaco, y la sofocacion, producida ya por los pulmones, ya por un estado especial del corazon derecho,

Con respecto á la evolucion de la temperatura, el autor concede mucha importancia al hecho de que esta elevacion sea continua, en cuyo caso es especialmente peligrosa. El tratamiento antipirético no se necesita con tanta urgencia en los casos en que hay remision matinal. La rutina de hacer descender la temperatura apenas llega á 103º Far. es perjudicial, siendo de mucha más importancia el procurar conservar la resistencia del organismo para contrarrestar las pérdidas ocasionadas por esas combustiones.

En todos los casos en que la fiebre ofrece remisiones, la quinina es de gran valor, pero es necesario administrarla durante la remision. Un buen método de propinarla es haciendo inyecciones rectales con algunas de sus preparaciones solubles.

El mejor de todos los antipiréticos, dice el Dr. Jacobi, es el frio. En la mayoria de los casos dará muy buen resultado el friccionar el cuerpo con esponjas ó toallas mojadas. Claro es que enfriada la superficie de la piel por la accion del frio, la sangre que incesantemente llega á esa superficie ha de enfriarse tambien. Cuando el corazon esté muy débil y las ex-extremidades frias, no deben usarse los baños frios, porque rechazada la sangre al interior, la piel se pone mas fria, pero el interior mas caliente. En estos casos en que los extremos están frios y el calor está concentrado, un baño caliente y dado con rapidez, llama la circulacion á la periferia y la temperatura decrece en realidad.

Tampoco deben emplearse los baños frios en los niños delicados y anémicos, debiendo reemplazarlos por baños tibios, los que pueden irse enfriando gradualmente, mientras se dan friegas al pequeño paciente.

El estado del corazon debe vigilarse con especialísimo cuidado. En la pulmonia lobar es necesario acudir á los estimulantes mas pronto que en la lobular, si bien todas ellas los reclaman mas tarde ó mas temprano. Debe tenerse muy presente que no se trata de curar el síncope cardiaco, sino de prevenirlo y de impedir que sobrevenga. En el primer período de agudeza no están indicados los estimulantes alcohólicos que aumentan el trabajo de los pulmones, estando, además, contraindicados en dicho período, porque pueden sobrevenir complicaciones cerebrales ó renales. Mas adelantada la enfermedad es cuando su uso tiene aplicacion.

Con respecto á la digital, el autor la da á la dosis de 1 á 4 granos, repetida cuantas veces se juzgue necesario, hasta lograr obtener sus efectos en un corto número de horas.

Cuando la circulacion periférica decae y el pulso es pequeño y débil, debe añadirse á la digital algun otro medicamento apropiado, como la nitroglicerina, á la dosis de 1 por 500 á 1 por 100 de grano, el nitrito de sodio, á la de 1 por 10 á 1/4 de grano, la tintura de acónito, una mínima cada una ó dos horas, hasta que el pulso se levante.

Cuando éste está en buen estado, pero la piel afecte un tinte oscuro y las uñas estén azuladas, los nitritos serán de un gran recurso para restablecer la circulacion, pudiendo usarse tambien en estos casos baños calientes sinapizados.

La estricnina á la dosis de 1 por 30 de grano durante veinticuatro horas, y el carbonato de amoniaco á la de 1/2 á 1 grano cada una ó dos horas, tienen tambien su indicacion.

En el período de hepatizacion, cuando la expectoracion es escasa, son muy útiles las inhalaciones de trementina ayudando asimismo la expectoracion el alcanfor á la dosis de 1/4 de grano á 1 grano. El cloruro de amoniaco de 10 á 20 granos cada cuatro ó seis horas, en una estufilla caliente, impregna la atmósfera de la habitacion de vapores estimulantes y activa la accion expulsiva de los bronquios. En estos casos pueden emplearse tambien cataplasmas calientes ó una especie de chaqueta de algodon lana.

El dolor pleurítico se alivia con la aplicacion de sinapismos, y la tos constante se calma mucho con pequeñas dosis de algun opiado.

La forma intersticial en su último período debe tratarse con el ioduro potásico y la digital al interior y la tintura de iodo al exterior. La gimnástica pulmonar debe hacerse observar algunas veces por un largo período que en ocasiones se prolongará por espacio de algunos años.

Nuevo tratamiento de la inercia uterina

El Dr. C. C. Wan Waters, de Rensselaer, Nueva York, aconseja contra la inercia uterina un nuevo tratamiento, que sin recurrir al arsenal terápéutico ni al forceps, dice le ha dado los mejores resultados siempre que lo ha puesto en práctica.

En los casos de inercia incluye así á los de insuficiencia parcial como los de insuficiencia completa del útero, para expeler los productos en él contenidos al llegar al término de la gestacion, estado de atonia del órgano, que es debido ya á la distencion de la vejiga ó del recto, ya á una emocion súbita, ya á la debilidad general, ya tambien á una gran dilatacion de la cavidad uterina, como por ejemplo la producida por una hidropesía del amnios.

La práctica general de vaciar la vejiga urinaria y el recto, no solo hace desaparecer la obstruccion, sino que tambien produce un efecto estimulante sobre el útero, lo que en muchas ocasiones es lo bastante para provocar su contraccion. Pero en la exagerada distencion de la matriz, debida á la hidropesía del amnios, es necesario primero romper las membranas y despues esperar cierto espacio de tiempo á que el agua se vacie y á que la capa muscular uterina se rehaga de la especie de parálisis á que ha estado sometida por la presion. Otras veces se hace necesario esperar á que la dilatacion del cuello se verifique hasta cierto límite, y que aparezcan los dolores característicos para llegar al conocimiento de que el trabajo del parto ha empezado realmente.

El autor citado trata todos estos casos por la estimulacion del órgano, pero no empleando los oxytócicos, pues es sabido que estos medios son ocasionados á producir riesgos, así para el feto como para la madre. Contracciones uterinas tónicas é irregulares que pueden comprometer la vida del niño y laceraciones del periné ó del cuello en la madre, suelen ser la consecuencia de dichos medios.

Fundándose el Dr. Waters en razones de analogía cree que si los supositorios en el recto producen resultados ventajosísimos en la constipacion intestinal, debe producir el mismo efecto la aplicacion de un supositorio en la vagina, y cree que no hay ninguno más eficaz ni mas fácil que la mano del cirujano.

Su *modus faciendi* es el siguiente: Convencido de que el trabajo ha comenzado y de que no puede terminarse á causa de la inercia del útero, cloroformiza á la paciente, se lava las manos con agua y jabon y despues con una solucion de creolina, y untada con vaselina la que haya de emplear, la introduce gradual y lentamente en la vagina.

A los pocos momentos se despiertan los dolores y van aumentando en intensidad, hasta el extremo á veces que se hace necesario sacar la mano precipitadamente.

Este método lo juzga el autor del trabajo que extractamos muy superior á los hasta ahora empleados, y asevera que en los casos en que lo ha puesto en práctica se ha felicitado de su empleo.

DIURETINA

Esta sustancia, empleada recientemente por Pfeffer, Dujardin Beaumetz, G. See, Babcock, Masius, Fraenkel, Schmieden, Kress, Demme, parece estar llamada á un gran éxito terapeútico.

La diuretina, que como es sabido no es otra cosa que el sodio-salicilato de teobromina, ha sido ensayada por el Dr. Ruggieri en diez y ocho casos: cinco de pleuresia con derrame, uno de la misma enfermedad complicada con peritonitis, cinco de cirrosis del hígado, seis de nefritis y uno de afeccion del corazon.

Cree que su accion diurética es incontestable en general, pero mucho más marcada en las lesiones de orígen cardíaco, siéndolo menos en las nefritis, con especialidad en las crónicas, y no produciendo efecto alguno en la cirrosis hepática. Difiere de Graham en la opinion de que es bien tolerada en todos los casos, pues en la mayor parte de los que él ha ensayado, su uso ha sido seguido de dolor de cabeza, vértigos, náuseas, vómitos y diarrea.

El Dr. S. Pfeffer ha encontrado que la diuretina obra con prontitud en la hidropesía de orígen cardíaco, la nefritis crónica y la cirrosis del hígado, pero que no produce efecto alguno en la nefritis aguda ni en la pleuresía. Él la administra á las dosis de 5 á 10 gramos.

El mismo autor dice, que si se estudian desde luego los casos de hidropesia cardíaca, se comprueba que esta sustancia ha demostrado en esos casos un valor diurético evidente, puesto que ha hecho subir la cantidad de orina hasta 5 y 6 litros por dia. La accion se ha manifestado inmediatamente despues de la absorcion del agente; en muchos casos, solo despues de 36 ó 48 horas; en pocos, despues de un uso de alguna duracion solamente. Sin embargo, en estos casos, se podia observar, desde el principio, un ligero aumento en la cantidad de orina.

Es necesario notar tambien que en algunos casos de esta especie, la diuretina, ineficaz al principio, determinaba una abundante diuresis si se repetian las dosis, aun cuando otros diuréticos habian sido dados en el intervalo sin gran beneficio.

Las observaciones del Dr. Pfeffer demuestran que durante el tratamiento de la hidropesía cardíaca por la diuretina, hay aumento de la presion sanguínea; y el mismo profesor se pregunta: ¿Este aumento de la presion sanguínea es idéntico al que produce la cafeina? En otros términos: puede esplicarse por una accion sobre el centro vaso-motor.

Hay dos razones, agrega, para que no sea así. Primeramente el volumen de la orina excretada era incomparablemente más fuerte que el producido antes por la cafeina ú otro diurético. Lo que es aun más probante es el estado del pulso y del corazon durante la administracion de la diuretina. Hoffmann ha sido el único que ha creido que ellos estaban reforzados. Reconocemos que, en la insuficiencia valvular, si desaparece la hidropesía (que hace tan difícil la circulacion), toda resistencia queda luego separada, los síntomas graves se retiran, la accion del corazon se regulariza y el paciente se restablece.

El Dr. Schmieden cree que no produce efecto alguno en la cirrosis pura del hígado ni en la peritonitis tuberculosa, que su accion es incierta en la nefritis crónica, y que es útil en la mayoria de las afecciones del corazon que reclaman el empleo de los diuréticos, en las que, no sólo aumenta la cantidad de orina, sinó que tambien la de urea que se excreta.

Llega á estas conclusiones:

1º. La diuretina es un diurético admirable en la mayoría de las afecciones cardíacas, lo mismo en las lesiones valvulares que en las enfermedades del sistema cardio-vascular (arterio esclerosis).

2º. La diuretina tiene un efecto favorable en muchas afecciones renales, tanto agudas como crónicas.

3º. El efecto sobre la diuresis, que parece consistir en una influencia directa sobre el parénquima secretor de los riñones, no puede siempre ser previsto con certidumbre.

4º. Sin duda, no se comprueba ninguna accion sobre la actividad del corazon y sobre la presion de la sangre.

5º. Por otra parte, en un número bastante considerable de casos, sea despues de un aumento inicial de la diuresis, sea sin este fenómeno, se observa un aumento de pulsaciones y arritmia: entonces es necesario suspender la diuretina.

6º. Con esta sustancia, como con el calomel, se comprueba

poco efecto permanente sobre la diuresis, aun en los casos en que los resultados han sido positivos.

El Dr. Kress deduce de sus observaciones que la diuretina es un verdadero y poderoso diurético que aumenta lo mismo la parte acuosa de la orina que sus constituyentes sólidos, y que su efecto es debido á una accion directa y no irritante sobre el parénquima renal. Segun él, da buenos resultados en las enfermedades agudas y crónicas del corazon, especialmente las valvulares, y de los riñones, con particularidad en la nefritis aguda, pero no pueden esperarse buenos resultados de su empleo en la hidropesía tuberculosa.

Dujardin-Beaumetz considera la diuretina mucho más diurética que la cafeina, y no le encuentra influencia sobre el sistema nervioso central. Se le puede administrar entre las comidas, en leche, chocolate. Si los riñones están degenerados su efecto es nulo; pero en casos de hidropesía, si la diuresis se hace, el éxito es marcado.

El Dr. Ghillany llama la atencion acerca de la propiedad que posee la diuretina de absorber el ácido carbónico libre de la atmósfera haciéndose insoluble, y recomienda que para evitar esto se conserve en botellas herméticamente cerradas una solucion del medicamento en agua destilada.

Este agente se formula asi:

Diuretina-Knoll.....	8	gramos
Agua destilada.....	90	»
Agua de menta.....	100	»
Jarabe simple.....	10	»

M. A tomar por cucharadas en todo el dia.

EL VÉRTIGO AURICULAR EN EL BAÑO

¿POR QUÉ SE AHOGAN LOS BUENOS NADADORES?

Trátase del caso de un vértigo auricular sobrevenido durante el baño, y ocasionado por la introduccion del agua fria en el conducto auditivo, citado en la *Presse Médicale*, por el Dr. Rutten, de Namur.

El sujeto en cuestion fué atacado, inmediatamente despues de su último baño, de sordera, cefalalgia, abatimiento general, náuseas, vómitos, ruido de oídos y *vértigos* tan intensos, que le era imposible permanecer de pié un momento. El primer vértigo le sobrevino al salir del baño, tanto que sin el auxilio de un hijo suyo que estaba á su lado, se hubiera ahogado, pues cayó dentro del agua. Pasado aquél sintió escalofrios, sudores frios y pesadez de cabeza.

Al exámen otoscópico no se apreció ninguna alteracion ni en el oído externo y medio, ni en la trompa de Eustaquio. El diapason no lo oía aplicado en el cráneo. Desde el primer momento clasificó el autor la enfermedad de trastorno funcional debido á una lesion del oído interno, producido por el contacto del agua fria sobre el tímpano, descartando la idea de apoplegía cerebral.

Esta accion del agua fria es todavia mas rápida é intensa en los sujetos nerviosos y en los que ya padecen ó han padecido del oído. La perforacion timpánica que permite la introduccion del agua hasta la caja, merece cuidado aun mas exquisito. Un tapon ceruminoso, de algodon, etc., al hincharse por el contacto del agua, aumenta la presion sobre el tímpano y será causante del vértigo auricular ó epiléptico en ciertos casos especiales.

De acuerdo con las opiniones de Flourens, Brown-Séquard, Vulpian, Menière y Lowenberg, admite el doctor Rutten que este vértigo es causado por un cambio de presion del líquido laberíntico, cambio sobrevenido bajo la accion del agua fria.

Estudios recientes sobre el mismo punto, han demostrado que el mecanismo en virtud del cual se ahogan los buenos nadadores, consiste precisamente en el cambio de presion del líquido del laberinto, cambio que á su vez produce el vértigo. La idea de los calambres en las piernas, etc. á que se atribuia la muerte de los nadadores, queda así desechada, y esplicado el fenómeno de por qué aquellos se ahogan.

BIBLIOGRAFIA

Tatti Silvio—Ayudante por concurso del Laboratorio Bacteriológico de la Asistencia Pública, Miembro de Comision Directiva del Círculo Médico Argentino.—*Histología del esputo—Métodos de inclusion—Cortes.* 84 páginas; Buenos Aires, 1893.

Este folleto contiene la interesante memoria que el señor Tatti presentó al concurso sud-americano de medicina celebrado por el Círculo Médico Argentino, en el corriente año, y que fué premiado con medalla de cobre.

El jurado que estudió este trabajo, informó diciendo que entre las numerosas preparaciones presentadas, á él anexas, pertenecientes á esputos de enfermos de neumonía, neumotórax, bronquitis, tuberculosis pulmonar, etc., hay algunas verdaderamente demostrativas y cuya tincion ha sido bien lograda, especialmente la coloracion del bacilo de la tuberculosis por la solucion de Ziehl, y que en la memoria explicativa que le acompaña, el autor resume en órden metódico los conocimientos clásicos relativos al esputo, añadiendo á unos la historia y las recientes descripciones de las llamadas células de Wagner ó á hemosiderina, cuya significacion patológica y patogénica está en estudio.

La medalla de cobre adjudicada al señor Tatti, ha sido, pues, bien ganada, entendiendo el jurado que «entre las preparaciones que presenta el autor, hay algunas muy bien hechas y que son verdaderamente demostrativas, revelando dedicacion de su parte».

Es satisfactorio ver á nuestros estudiantes encaminar su atencion á cuestiones científicas de tan alta importancia, y que especialmente entre nosotros, los del género que nos ocupa, están muy al principio aún.

La memoria que acaba de publicar el señor Tatti, es un esfuerzo y una promesa. Como esfuerzo, ha recibido su premio que lo ha consagrado digno de tan alta distincion; como pro-

mesa, nos ofrece la esperanza de nuevos, maduros y brillantes triunfos.

Que continúe así, son los votos que formulamos en su favor.

S. G.

Buenos Aires, Octubre 1893.

Championniére, Just Lucas—Chirurgien de l'hôpital Saint-Louis, *Traitement du pied bot varus equin par l'ablation de la plupart des os du tarse*. Paris, 1893.

El autor acaba de presentar á la Academia de Medicina de Paris una comunicacion sobre el pié bot varus equino, demostrando con catorce observaciones clínicas, la bondad de la ablacion de la mayor parte de los huesos del tarso, en niños que sufrian de esta enfermedad.

El distinguido cirujano, opina que valiéndose de la rigurosa antisepsia, que le hemos visto emplear, no solamente hay la seguridad del resultado operatorio, sinó tambien que los fenómenos de reparacion son muy favorables.

Cree, que ningun otro de los grandes tratamientos empleados y conocidos dé los resultados de la ablacion de los huesos, llegando á formular que el enderezamiento del pié debe concluirse en la operacion, es decir, que si no basta la reseccion del astrágalo, se extraerá paulatinamente el escafoides, el cuboides, parte del calcáneo, los cuneiformes y hasta la extremidad posterior del quinto metatarciano, llegando á obtener de este modo un enderezamiento completo del pié, sin que la bóveda de este desaparezca, pues se conserva, como tambien su resistencia.

La pérdida de los huesos se traduce por el acortamiento del pié, pero la marcha es rápidamente restituida y se efectúa sin necesidad de aparatos de ningun género.

La ablacion del astrágalo, no basta para permitir que el pié quede en una rectitud completa; de ahí que se le ocurriese que el único medio seguro es la ablacion simultánea de otros huesos sin tener en cuenta que los aparatos ó los cuidados consecutivos pueden corregir lo que no ha corregido la operacion.

Championnière, deja el pié en un estado tal de rectitud que un simple vendaje arrollado basta para su contencion.

Por grande que sea la destruccion ósea, las consecuencias son sumamente simples, pudiendo caminar los enfermos despues de la tercera ó cuarta semana.

Crée haber demostrado por las observaciones que ha hecho sobre sus operados, que la economía de los huesos del tarso no tiene ninguna importancia, pero si muchos inconvenientes.

Las ventajas de este procedimiento son la simplicidad, la reparacion, la perfeccion en la restitucion de las formas y las funciones, pudiéndose ver á los músculos recuperar su energía.

Siendo el Dr. Championnière, uno de los cirujanos mas distinguidos de Paris, es menester tener en cuenta su opinion comprobada por sus observaciones clínicas.

Si no emplea la tenotomía, es porque está convencido de la insuficiencia de este tratamiento en la mayor parte de los casos; y considera que el empleo de aparatos no hace mas que atormentar los niños, obligándolos á llevar máquinas difíciles de soportar.

Habiendo practicado, yo, la operacion del pié bot, en 18 casos, considero que puedo juzgar el verdadero valor de la operacion del Dr. Championnière, pues he tenido varios casos en que sin conocer opinion tan autorizada, he empleado la extraccion del astragalo, el escafoides, parte del cuboides y la apófisis mayor del calcáneo, habiéndose efectuado en un todo las observaciones del citado cirujano, quedando satisfecho del resultado funcional y ortomorfo,

Encuentro la operacion de Phelfs, indicada en los niños hasta la edad de 8 á 10 años, ó en adultos, con pié bot que obedecen á retracciones ligamentosas ó tendinosas, pero cuando se trata de deformaciones óseas estables, creo que la operacion preferida debe ser la tarsectomía.

La seccion de los tendones tiene sus indicaciones especiales en los casos de extension simple, sin mal formacion de los huesos; por eso es que la tenotomía no dá siempre resultados

y no se esplican los éxitos obtenidos por algunos cirujanos celosos del progreso que la antisepsia proclama.

Considero que el drenage aconsejado por el Dr. Championniére es innecesario, salvo casos especiales, pues yo no lo empleo y obtengo una rápida cicatrizacion.

Dr. Llobet.

Buenos Aires, Octubre de 1893.

Lavalle Francisco P.—Presidente de la Sociedad Nacional de Farmacia, etc.—*Las aguas corrientes de la ciudad de Buenos Aires*; tesis presentada para optar al grado de Doctor en Farmacia. 136 páginas; Buenos Aires, 1893.

El Dr. Lavalle, contrayéndose al estudio de tan importante cuestion de higiene pública, ha puesto de manifiesto el estado actual de este asunto, revelando todos los peligros que acarrea para la poblacion el desconocimiento de las prácticas seguidas por los químicos y bacteriologistas más adelantados.

Al referirse á las aguas corrientes de Buenos Aires, dice: «el agua del Rio de la Plata, tanto en sus diversos afluentes, como en el punto de toma para el consumo de la ciudad, es bastante buena por su constitucion química, mala bajo el punto de vista físico, porque es turbia, caliente, no apetitosa. Por lo que se refiere á su relacion con las enfermedades infecciosas, es sospechosa»; y condensando sus opiniones, agrega: «Las aguas potables, que son uno de los factores más importantes para la salud de los pueblos, son deficientes en Buenos Aires, y es urgente regularizar el sistema y medios de purificacion de la del rio, y establecer una provision por medio de pozos semi-surgentes; y mientras tanto, contribuir por medio de la purificacion en pequeña escala, obligatoria en todos los establecimientos públicos, escuelas, hospitales, cafés, restaurants, etc., á disminuir los perjuicios que un agua en malas condiciones puede producir.»

La tesis del doctor Lavalle es un erudito y concienzudo estudio que confirma la bien sentada reputacion de su distinguido autor; y seria de desear que los hombres encargados

de vigilar por la salud pública tuviesen en cuenta sus sérias observaciones.

El doctor Lavalle adquiere con su nuevo é importante trabajo un honroso título á la consideracion de los estudiosos y de todos los habitantes de Buenos Aires. Su dedicacion á investigar la más grave y delicada cuestion de higiene pública, planteando el problema científico y resolviéndolo segun su conciencia, lo recomienda como un espíritu superior y como un campeon esforzado y vigilante centinela de la poblacion.

S. G.

Buenos Aires, Octubre 1893.

Championniére Just.—*De l'emploi des essences et surtout de l'essence de cannelle ou Cinnamol, comme topique en chirurgie.*—Paris, 1893.

Es conocida de mucho tiempo atrás la accion antiséptica de las esencias.

Cadéac y Albino Meunier han estudiado este punto; y hoy se sabe que la esencia de canela de China presenta un poder microbicida que se aproxima mucho al del sublimado.

Segun Championnière, la más eficaz entre las esencias es ciertamente la esencia de *canela*, que es necesario no emplear tal como se la encuentra en el comercio, alterada por la luz y el contacto del aire. Es despues de haberla destilado de nuevo, conservándola al abrigo del aire y de la luz, que debe emplearse, segun dice André, y propone llamar á esta preparacion *cinnamol*, para distinguirla de la esencia del comercio.

He aquí la fórmula de la pomada en que la esencia se emplea sola:

Retinol.....	75 gramos
Cera cristalizada, cantidad variable, segun la consistencia.....	25 »
Cinnamol.....	1 »

Despues de esta pomada, André ha preparado otra con naftol.

Championnière cree, en efecto, que para producir un tópico satisfactorio, completo, es prudente agregar á la esencia, tan

preciosa por su accion lejana, la accion de estos vapores, una sustancia fija que no se altere sino poco ó lentamente, destinada á prolongar la accion del tópico. El ilustre cirujano del hospital San Luis se ha servido largo tiempo de la microcidina ó naftolato de soda para esta accion complementaria del tópico; pero siendo un poco instable y habiendo André comprobado que el naftol se disuelve perfectamente en el retinol, Championnière ha pensado que este exipiente obraria sobre él como la esencia y haría desaparecer los fenómenos de irritacion que determina el naftol no disuelto.

Retinol.....	75 gramos
Cera esterilizada.....	25 »
Esencia de canela.....	1 gramo
Naftol R.....	1 »

He aquí, pues, los dos tópicos más poderosos cuyo empleo se hace cubriendo un cuadrado boricado, con esta pomada y aplicándola directamente sobre la herida.

Championnière ha sometido á esta curacion todas las laparotomías, despues una série de operaciones con drenaje, cura radical de hernias, amputacion de mama, ablacion de diversos tumores. Los resultados obtenidos han sido la asepsia completa de las heridas y la no infeccion secundaria del trayecto del drenaje. La piel no presenta ningun fenómeno de irritacion, y ciertamente la línea de reunion es mejor que las que se forman bajo la gasa iodoformada.

En opinion de Championnière, esta curacion es una defensa suficiente para todos los casos de operacion, sobre las partes blandas con drenaje y esto para los casos más retardados. Por lo que concierne á las regiones infestadas, ha tenido ocasion de aplicarle sobre un vasto antrax, logrando detener todos los fenómenos de putridez.

S. G.

Buenos Aires, Octubre 1893.

Leopold Casper.—Ueber die Wirkung des Alumnol auf die Gonorrhoe und einige andere Erkrankungen des Tractus urogenitalis. (Berliner Klin, Wochenschrift, 1893, Nº. 13).

Id.—Beitrag zur Pathologie der Harnröhrengeschwüre. (Deutschen Medicinischen Wochenschrift, 1893, Nº. 14).

En el primer trabajo se nos hace saber que el *Alumnol* es tan bueno ó tan malo como los demás agentes aconsejados para combatir la gonorrea aguda; que es inferior al nitrato de plata para combatir la forma aguda. Se basa el autor para dar su opinion, en 40 casos que observara tratados con ese agente.

El segundo trabajo trae dos observaciones de afeccion uretral ulcerosa; una de ellas se refiere á un sifilítico. Ambos enfermos sanaron.

PATOGENIA DEL TETANOS

M. M. Curmont y Doyon, en un interesante estudio acerca del tétanos, han llegado á las siguientes conclusiones relativas á la patogenia de esta enfermedad:

1.—El bacilo de Nicholaier engendra el tétanos por intermedio de un fermento soluble producido por él mismo.

2.—Este fermento, que de por si no es tóxico, elabora á expensas del organismo una sustancia esencialmente tetanizante, comparable por sus efectos á la estricnina.

3.—Esta sustancia se encuentra con abundancia en los músculos tetanizados, así como en la sangre, y algunas veces en la orina.

4.—Resiste á una ebullicion prolongada, mientras que los productos bacilares se hacen inactivos á la temperatura de 65º C.

5.—Requiere para su formacion una temperatura que le sea favorable, lo que explica la inmunidad de que gozan en el invierno las ranas contra este fermento.

6.—La inmunidad, ya sea natural, ya adquirida, debe considerarse como resultado de causas que se oponen á esta fermentacion, ó la detienen en su evolucion.

7.—Es muy probable que otras sustancias micróbicas llamadas tóxicas, obren de la misma manera, y quizá esto pueda explicar la parálisis y otros síntomas consecutivos de la difteria.

Direccion General de Estadística Municipal

Defunciones ocurridas en la ciudad de Buenos Aires durante el mes de Agosto de 1893

SEGUN SEXO Y ENFERMEDAD

ENFERMEDADES	SEXOS V.	SEXOS M.	SEXOS Total
A Afecciones generales			
1. INFECCIOSAS, CONTAGIOSAS Y MIASMÁTICAS			
Fiebre tifóidea	6	5	11
Sarampion	6	4	10
Escarlatina	1	3	4
Coqueluche	3	2	5
Difteria	12	14	26
Crup	—	1	1
Influenza	1	1	2
	38	42	80
2. SOLAMENTE VIRULENTAS			
Infeccion purulenta	1	—	1
	1	—	1
3. CONSTITUCIONALES Ó DIATÉSICAS			
Tuberculosis pulmonar	47	48	95
» de la laringe	—	1	1
» meningea	5	1	6
» mediastino	1	—	1
» peritoneo	—	1	1
Sífilis infantil	3	1	4
» en adultos	1	1	2
Cáncer	4	3	7
» del estómago	5	1	6
» del hígado	1	—	1
» del píloro	—	1	
» de la lengua	1	1	2
» del útero	—	7	7
» de la cara	1	—	1
» de la laringe	1	—	1
» del cuello	1	1	2
» del pecho	—	1	1
» del ano	1	1	2
Reumatismo	1	—	1
Diabetes sacarina	—	1	1
Raquitismo	—	1	1
Cloro anemia	1	—	1
Tabes mesentérica	1	—	1
	75	71	146

ENFERMEDADES	SEXOS V.	SEXOS M.	SEXOS Total
B Afecciones locales, agudas ó crónicas			
1. ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO			
Congestion cerebral	17	4	21
Apoplegia	7	2	9
Hemorragia	10	10	20
Anemia	2	—	2
Meningitis	39	37	76
Meningo-encefalitis	2	—	2
Encefalitis	—	2	2
Embolia cerebral	1	2	3
Derrame cerebral	—	2	2
Hidrocefalia	1	2	3
Mielitis	—	1	1
Reblandecimiento cerebral	2	2	4
Meningitis cerebro espinal epidémica	1	–	1
Demencia	1	—	1
Edema	1	—	1
Tétano traumático	1	—	1
» infantil	22	5	27
Epilepsia	2	—	2
Eclamsia infantil	6	7	13
Parálisis general progresiva	1	2	3
Alcoholismo	5	1	6
Tumor cerebral	—	1	1
Paqui meningitis cervical	1	1	2
Choe nervioso	—	1	1
Endo enteritis cerebral	1	1	2
Nostalgia	1	—	1
	123	83	206
2. ENFERMEDADES DEL APARATO CIRCULATORIO			
Pericarditis	1	—	1
Endocarditis	5	1	6
Aneurisma	1	—	1
Aneurisma de la aorta	7	1	8
Aortitis	1	—	1
Flebitis gangrenosa	—	1	1
Hemorragia	2	2	4

ENFERMEDADES	SEXOS V.	M.	Total
Angina de pecho	8	—	8
Vicio orgánico al corazon	40	19	59
Ateromasia arterial	4	2	6
Miocarditis	3	3	6
Persistencia del agujero de Botal	2	—	2
Hemofilia	1	—	1
	75	29	104
3. ENFERMEDADES DEL APARATO RESPIRATORIO			
Laringitis	6	3	9
» estridulosa	2	3	5
Bronquitis	59	33	92
Bronco-neumonía	81	69	150
Neumonia	77	50	127
Pleuro-neumonia	4	—	4
Pleuresia	1	2	3
Congestion pulmonar	1	6	7
Asma	1	—	1
Gangrena pulmonar	1	1	2
Enfisema pulmonar	1	—	1
Apoplegia pulmonar	1	—	1
Espasmo de la glotis	1	—	1
Hemoptisis	2	—	2
Bronco alveolitis	1	—	1
	239	167	406
4. ENFERMEDADES DEL APARATO DIGESTIVO			
Icteria	—	1	1
Muguet	1	—	1
Gastro-enteritis	17	8	25
Atrepsia	13	12	25
Enteritis	8	7	15
» coleriforme	—	1	1
Entero-colitis	3	1	4
Disenteria	—	2	2
Oclusion intestinal	2	1	3
Litiasis biliar	1	—	1
Atrofia gástrica	1	—	1
Enterorragia	—	1	1
Peritonitis	6	5	11
Tumor al Bazo	1	—	1
» al abdomen	—	1	1
Inflamación intestinal	1	—	1
Entero-peritonitis	—	1	1
Hernia	1	—	1
Hepatitis	2	2	4
Angina flegmonosa	1	1	2
Esclerosis del hígado	—	2	2
Quiste hidatico	—	1	1
Fistula del recto	1	—	1
Hemorragia intestinal	1	—	1

ENFERMEDADES	SEXOS V.	M.	Total
Ceriosis	1	—	1
» del hígado	2	—	2
» atrofica	1	—	1
	64	46	110
5. ENFERMEDADES DEL APARATO GÉNITO-URINARIO			
Mal de Bright	2	5	7
Uremia	4	3	7
Nefritis	10	11	21
Albuminuria	3	1	4
Abceso urinario	1	—	1
Gangrena de la uretra	1	—	1
Pelvi peritonitis	—	1	1
	21	21	42
6. ENFERMEDADES DE LA PIEL Y TEJIDO CELULAR.			
Gangrena	1	1	2
Flemon septico	1	1	2
	2	2	4
7. ENFERMEDADES DE LOS ÓRGANOS DE LA LOCOMOCION			
Artritis supurada	1	—	1
Abceso frio	—	1	1
	1	1	2
8. AFECCIONES PUERPERALES			
Fiebre	—	1	1
Accidente puerperal	—	1	1
	—	2	2
C Muertes accidentales ó violentas			
Asfixia por sumersion	3	—	3
Heridas	8	—	8
» por arma de fgo.	4	—	4
Ustion	2	4	6
Intoxicacion saturnina	1	1	2
Síncope	—	2	2
Aplastamiento	1	—	1
Fractura	5	2	7
Shock traumático	1	—	1
	25	9	34

ENFERMEDADES	SEXOS V.	M.	Total
D Nacidos muertos ó muertos poco despues de nacer			
Debilidad congénita....	19	17	36
Nacidos muertos.	66	59	122
	85	73	158
E Sin clasificacion			
Anemia	1	3	4
Asfixia.....	3	1	4

ENFERMEDADES	SEXOS V.	M.	Total
Consuncion.....	5	2	7
Inanicion	1	1	2
Septicemia.....	1	1	2
Senectud.....	7	10	17
Marasmo.....	3	1	4
Coma.....	1	—	1
Caquexia	—	1	1
Sin especificacion.....	2	—	2
	24	20	44

RESÚMEN

VARONES	MUJERES	Total
773	566	1339

Estéban del Castillo. Ha fallecido en Buenos Aires el jóven Estéban del Castillo, estudiante de 3er año de medicina.

Congreso médico de Roma. Ha sido postergado para el mes de Abril de 1894, el Congreso Médico Internacional que debia reunirse en Roma el pasado mes de Setiembre.

Año XVI—1893 BUENOS AIRES Tomo XVI—Nº 11

Anales del Círculo Médico Argentino

NOVIEMBRE DE 1893

EMBRIOTOMIA

TIJERAS EMBRIOTÓMICAS DE FRASCANI

Por el Doctor **Carlos Niseggi**

Miembro Corresponsal del Círculo Médico Argentino

De las varias operaciones embriotómicas que se habian imaginado con el objeto de hacer la extraccion del feto, en los casos de distocia, de una manera más fácil y que ofreciera menos gravedad para la madre, podemos decir que solo quedan hoy en el campo de la práctica obstétrica, dos: cuando el feto presenta su mayor diámetro, segun el diámetro longitudinal del útero, la basiotripsia, que reduciendo los diámetros de la cabeza fetal por compresion y expresion de su masa cerebral, permite su pasaje al través de una pelvis viciada y cuando en cambio el mayor diámetro fetal sigue el trasversal del útero, la embriotomia propiamente dicha, que seccionando el feto en dos fracciones, permite su extraccion por fragmentos, la que no hubiera podido efectuarse de otro modo por las condiciones propias de la presentacion.

Toda esa série de operaciones embriotómicas que se ejercian sobre la cabeza fetal, como ser: la Cranioclastia, Cefalotripsia, etc., han sido paulatinamente abandonadas y reemplazadas en general por la basiotripsia; esta misma, que se habia hecho de tan frecuente aplicacion en los casos de viciacion pélvica, con el renacimiento de la sinfisiotomia va siendo reducida notablemente y reservada solo á aquellos casos en que el feto ha dejado de existir.

Las presentaciones trasversales del feto, cuando la preñez ha llegado á su término, solo pueden terminarse de dos maneras:

por la version ó, cuando ésta es imposible ó más aún peligroso el tentarla, por la embriotomia; salvo casos excepcionales en que debido á reducido volúmen del feto ó á su maceracion, puede su expulsion hacerse por evolucion espontánea ó version espontánea; pero, como digo, son estos casos sumamente raros y con los cuales no hay que contar.

Cuando por medio del diagnóstico se ha llegado á reconocer en una mujer en trabajo, una presentacion trasversal del feto, pueden ofrecerse dos condiciones: las membranas están intactas ó están rotas.

En el primer caso, estando las membranas intactas y no estando aún completamente dilatado el cuello del útero, deberemos tentar la version cefálica por maniobras externas, y solo despues de varias tentativas infructuosas, tentaremos la version podálica, igualmente por maniobras externas.

Si de ninguna de las dos maneras se ha obtenido resultado, solo nos resta entonces esperar la dilatacion completa, cuidando en lo más posible que no se rompan las membranas y romperlas entonces artificialmente para efectuar la version podálica interna, que será así llevada á cabo en las mejores condiciones para su éxito.

En el segundo caso, estando las membranas rotas, habiendo permitido así la salida de una cierta cantidad de líquido amniótico, las condiciones se hacen mucho más graves; si la dilatacion del cuello uterino no es completa, puede aún tentarse la version por maniobras externas ó la combinada de Braxton-Hicks, operando en el intervalo de las contracciones; cuando la dilatacion del cuello se ha completado y que aún existe en el útero una cierta cantidad de líquido amniótico, puede tentarse la version podalica interna, pero creo que tanto en uno como en otro caso estas tentativas resultarán infructuosas.

En estas condiciones, á cada contraccion uterina el útero disminuye de volúmen, expulsando de su interior el líquido amniótico con gran facilidad al principio, debido á la obturacion incompleta que el cuerpo del feto hace al nivel del estrecho superior; más tarde el útero se adapta sobre el feto y lo empuja y comprime hácia abajo, excitando el segmento inferior y exacerbando los dolores; una ruptura uterin a es en estos casos posible, no pudiendo efectuarse la expulsion del feto en conduplicato corpore y finalmente porque el útero

se fija en un estado de contraccion cada vez más intenso hasta que termina, estableciéndose el tétanos uterino.

En estos momentos, el útero se adapta tan perfectamente á todas las depresiones y eminencias del feto que, como dice Fritsch, se encuentra con respecto al niño como un guante sobre la mano.

Tentar aún la version en estos casos, seria un error grave, porque aun siguiendo las reglas más escrupulosas en su ejecucion, puede producirse una ruptura uterina que se verificaria por el solo hecho de que el contenido uterino se encuentra aumentado con el volúmen de la mano y como prueba de ello, dice Fritsch, se nota que la ruptura no se encuentra allí donde ha penetrado la mano, sino en la region más delgada del útero, lo más á menudo adelante y lateralmente. Siendo no solamente imposible, sino imprudente, hacer ó tentar la version, no nos queda otro recurso que el *morcellement* del feto, la embriotomia; en estos casos, el cordon umbilical ha sido comprimido en diversos puntos, el niño ha sucumbido á la asfixia, siéndonos así indiferente extraerlo entero ó fragmentado, debiendo solo preocuparnos del bien de la madre.

El cuello del feto es considerado en las presentaciones de espalda como el sitio de eleccion para practicar la embriotomia, pero este no es siempre accesible; podemos pues establecer una distincion entre aquellos casos en que se llega al cuello y que serán terminados por la decolacion y aquellos otros en que siendo el cuello inaccesible deberemos hacer la embriotomia sobre el tronco ó la detroncacion.

Para la primera categoria de hechos, es decir, para practicar la embiotomia sobre el cuello ó decolacion, un gran número de instrumentos más ó menos ingeniosos han sido ideados, de la mayor parte de los cuales se ocupa Budin en sus «Leçons de Clinique Obstétricale»; yo me concretaré á mencionar solo los que se encuentran más en la práctica para compararlos luego con las tijeras embriotómicas de Frascani, que he visto usar con resultados excelentes en la Clínica Obstétrica de Torino del Profesor Tibone y que ofrecen, sobre los demás instrumentos imaginados para practicar la embriotomia, una superioridad notable.

Uno de los instrumentos más antiguos que se ha usado para efectuar la decolacion es la tijera recta de Asdrubali, que con la modificacion que le hizo sufrir Dubois encurvándola en

su estremidad, es aún á menudo usada en la práctica. Para practicar la decolacion con este instrumento, se empieza por medio de tracciones ejercidas sobre un brazo procidente ó sobre un gancho obtuso aplicado sobre el cuello, por bajar éste y hacerlo lo más accesible posible; luego se abraza el cuello entre el pulgar y el índice izquierdo y guiando las tijeras sobre la palma de la misma mano hasta que lleguen al cuello, se procede á la division de los tejidos que lo constituyen; seccionado completamente, solo queda por hacer la extraccion de las dos porciones del feto, lo que se obtiene con facilidad, empezando con tracciones sobre el brazo procidente para extraer el tronco, y luego introduciendo una de las manos en las vias genitales, se aferra la cabeza por el maxilar inferior, de la misma manera que se hace en el último tiempo de la version podalica interna, y se hace á su vez su extraccion.

El incesante control para asegurarse que las partes blandas maternas, no se encuentra bajo la accion de las tijeras y la incision de los tejidos bajo constante proteccion del dedo guia, hacen que esta operacion lleve mucho tiempo, sea sumamente larga, ofreciendo el peligro de que durante su ejecucion no solo sean heridas las partes maternas sino aún los dedos del operador; Fritsch, que parece solo hace uso de este instrumento para practicar la decolacion, confiesa que rara ha sido la vez que practicando esta operacion, los dedos que controlaban las tijeras, hayan salido ilesos.

Otro método que se ha usado para practicar la decolacion, ha sido el de colocar sobre el cuello, ganchos cortantes ó no como el de Braun, Schultze, Tibone y otros, y tomando punto de apoyo sobre las partes blandas, luxar las articulaciones vertebrales y dilacerar el resto de tejidos que las rodean imprimiendo al gancho movimientos de rotacion sobre su eje longitudinal. Como se comprende, la fuerza desplegada durante las tracciones, no ha de ser inocente para la integridad del segmento inferior del útero, que se encuentra sumamente adelgazado; este método ha sido abandonado ya en la mayor parte de las clínicas.

La idea primitiva de Boyes, de aserrar el cuello por medio un hilo resistente pasado á su alrededor, al que se imprimian movimientos rápidos de vaivén, ha sido aplicado en un gran número de embriótomos; entre éstos se cuentan los de Thomas,

Marich, Ribemont Dessaignes, etc. que todos presentan el inconveniente principal de que las tracciones que se ejercen sobre el cuello repercuten sobre el segmento inferior del útero y á más que no se consigue siempre con facilidad pasar el hilo alrededor del cuello.

En 1885, Tarnier imaginó su embriótomo-guillotina, que tiene grandes ventajas sobre los instrumentos embriotómicos que se conocian en esa época, pero que á su vez ofrece aún inconvenientes que no son para despreciarse.

Este instrumento se compone de un gancho obtuso parecido al de Braun, el vástago del cual ofrece una ranura sobre la cual resbala una lámina cortante de forma triangular, la que llegada al término de su carrera se adapta exactamente al ángulo del gancho; para su aplicacion, empiézase por introducir de plano, en las vias genitales y guiado sobre la mano, el gancho, luego inmediatamente que la extremidad de éste ha sobrepasado el cuello del feto, por un pequeño movimiento de rotacion sobre su eje, se hace de manera que el cuello venga á situarse en el ángulo del gancho y se lo fija bien en esta posicion por medio de ligeras tracciones sobre el mango. Esto hecho, se hace resbalar en la ranura la placa cortante triangular, la que lleva á su lado una placa protectora móvil que la sobrepasa ligeramente, hasta que esta última haya llegado á ponerse en contacto con la parte á seccionar; solo entonces, estando seguros de que entre el gancho y la lámina cortante protegida, no hay partes maternas y sí solo el cuello del feto que debemos seccionar, se retira, apoyando sobre un boton que se encuentra en el mango del instrumento, la lámina protectora, y se empieza la seccion haciendo progresar la lámina cortante al través de los tejidos, lo que se obtiene con la ayuda de movimientos de rotacion sobre su eje, impresos á la empuñadura olivar del instrumento. Concluida la division del cuello, el embriótomo es fácilmente retirado de las partes genitales y solo resta extraer los dos fragmentos fetales procediendo, para esto, como cuando la division habia sido hecha con los tijeras de Dubois.

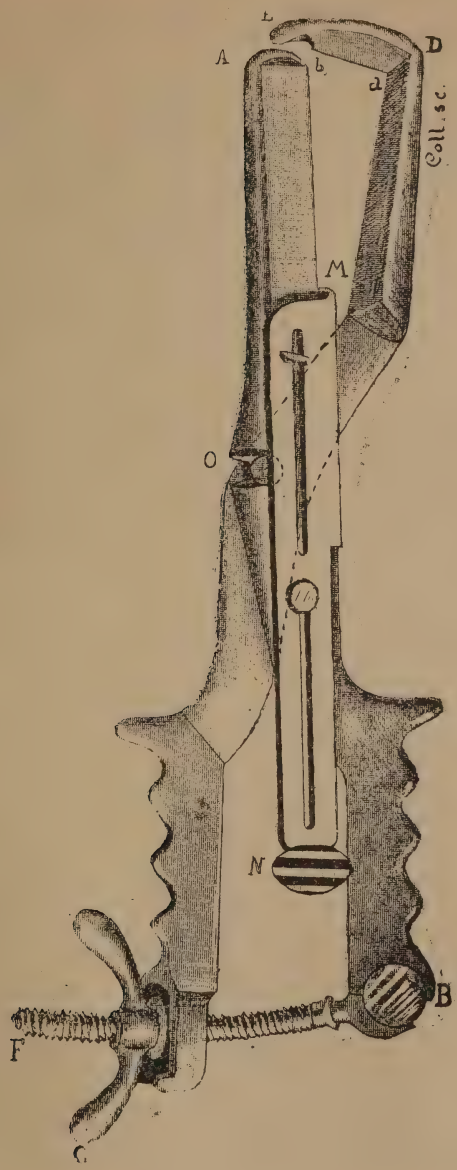
Uno de los inconvenientes capitales que ofrece este instrumento es, que las ranuras, botones, ajustes, etc., que tanta parte forman del instrumento, hacen imposible en él una asepsia completa y hoy no debe procederse á operacion alguna si no se está bien seguro de ella. A mas, la division completa

del cuello, con una sola aplicacion de este instrumento, no es posible obtenerla, en parte, porque al ser comprimido el cuello entre la hoja cortante y el gancho es al mismo tiempo expulsado de entre ellos y principalmente por la poca altura de esa hoja cortante que solo mide 3 centimetros mientras que el diámetro del cuello del feto es de 7 centimetros, viéndonos así en la necesidad de hacer dos ó tres aplicaciones del instrumento para terminar la operacion. Otro defecto de este instrumento reside en el sistema, por el cual se hace progresar entre los tejidos la lámina cortante, construida de tal manera que para efectuar ese movimiento debe desarrollarse una fuerza bastante pronunciada.

Dos casos de presentacion trasversal, que tuve ocasion de observar aquí en Torino y que se terminaron con la embriotomia, haciendo uso de las tijeras de Frascani y en los que intervine una vez como ayudante y la otra como operador, debido á la esquisita amabilidad del profesor Dr. Tibone y su sustituto Dr. Castonelli, me probaron claramente que se habian salvado en este instrumento los inconvenientes que ofrece la guillotina de Tarnier y que una sola aplicacion bastaba siempre, pàra obtener con toda facilidad una division neta del cuello.

Este instrumento (véase figura) se compone sencillamente de tres partes: dos ramas, una anterior A B, otra posterior C D y un tornillo á presion B F; no ofrece en su porcion inferior B O C, que llamaremos extragenital, diferencia sustancial de la parte correspondiente del Cranioclasta de Braun; la originalidad del instrumento se encuentra en su porcion intragenital, de la cual la rama posterior está formada por un medio cilindro largo 0.08 m. y ancho 0.016 m. cuya cara convexa está destinada á ponerse en relacion con la cara cóncava del sacro y la cara plana anterior se pone en contacto directo con el cuello fetal, fijándolo y sirviendo de punto de apoyo á la hoja cortante de la otra rama; esta rama posterior se va adelgazando hacia su parte superior para acodarse luego en ángulo recto, formando una especie de gancho en L del cual la pequeña porcion horizontal D E se termina en punta obtusa que mide 0.035 m. de largo, es cortante cerca del seno del ángulo A B en la extension de 0.01 m. y obtuso en todo el resto, tanto de su margen superior como inferior.

La parte intragenital de la rama anterior A B está cons-


A
b
D
d
Coll. s.c.
M
O
N
B
F
C

tituida por una hoja cortante robusta, abotonada en su estremidad superior, largo 0.08 m., correspondiendo á la cara plana de la rama posterior con la cual debe ponerse en contacto; la parte cortante de esta rama viene cubierta por una vaina protectora M N (que en la figura se encuentra bajada) que la hace completamente inofensiva y que solo se baja cuando el instrumento está aplicado y articulado.

La compresion es hecha por medio de un tornillo á presion B F semejante á los que se encuentran en el Basiotribo de Tarnier y otros instrumentos de la misma especie. La descripcion que antecede es extractada de una memoria de Frascani «Forbice decollatrice», publicada en Pisa en 1887.

La operacion ejecutada con este instrumento consta de tres tiempos:

1º. Aplicacion de la rama posterior, enganchar el cuello y descenso de éste cuanto sea posible.

2º. Aplicacion de la rama anterior, articulacion de las dos ramas y descenso de la vaina protectora.

3º. Seccion del cuello haciendo funcionar el tornillo á presion, hasta que la falta de resistencia indique que la dieresis es completa.

Introducida en los genitales maternos la mano guia, derecha ó izquierda, segun la cabeza fetal se encuentre en la fosa ilíaca izquierda ó derecha, y dispuesta de modo que el pulgar esté colocado entre la sínfisis del pubis y el cuello fetal y entre la cara posterior de éste y el sacro los demás dedos, se lo baja moderadamente y sobre la palma de esa mano se conduce de plano la rama posterior, imprimiéndole un movimiento de medio círculo solo cuando se juzgue que la parte horizontal D E de esta rama ha sobrepasado la cara superior del cuello fetal; se aferra bien el cuello por medio de ligeras tracciones y se entrega esta rama á un ayudante con la indicacion de mantenerla perfectamente fija; en tanto el operador guiándose sobre el pulgar, introduce de plano la rama anterior cubierta con la vaina protectora, llevada á una altura conveniente la hace girar de manera que el filo se dirija hacia el cuello fetal, articula las dos ramas y luego pone en juego el tornillo á presion serrándolo moderadamente hasta que las dos ramas y el cuello aferrado formen como un cuerpo solo. El operador entonces, bien asegurado de que solo se encuentra entre las dos ramas el cuello del feto, descubre la hoja cor-

tante de la rama anterior retirando la vaina protectora y teniendo fijo el instrumento hace funcionar el tornillo de presion hasta que las dos ramas estén completamente aproximadas y la falta de resistencia indique la division del cuello terminada. Si por acaso algun colgajo de piel ó de carne hubiera quedado sin ser dividido, al retirar el instrumento la pequeña parte A B del margen inferior del gancho, terminará su seccion. Terminada la seccion del cuello, la extraccion de los fragmentos se hace de una manera idéntica á la que he descrito hablando de las tijeras de Dubois ó la guillotina de Tarnier.

Los dos casos que he tenido ocasion de observar son los siguientes, que trataré de reseñar brevemente:

I.—N. N. ha tenido anteriormente un aborto de cinco meses; la preñez actual es á término.

La mujer presenta deformidades raquíticas en el esqueleto, la conjugada diagonal solo mide 0.083 m. Rotura espontánea de las membranas el 7 de Agosto. Los dolores aumentan de intensidad y se aproximan el 9. Llamado un médico, hace diagnóstico de preñez gemelar con primer feto en presentacion de espalda; hace repetidas tentativas de version, pero resultando infructuosas recurre á la clínica. Acude el profesor sustituto Dr. Carbonelli, á quien acompañé como ayudante; examinada la enferma encuéntrase el útero tetánicamente contraído, existencia de un solo feto, presentándose por la espalda izquierda en C. D., procidencia del cordon umbilical que no ofrece ya pulsaciones y del brazo izquierdo; presentacion aún al estrecho superior. Preferentemente á una version sumamente difícil y peligrosa, se prefiere hacer la embriotomia sobre el cuello, haciendo uso de las tijeras de Frascani. El Dr. Carbonelli aplica con facilidad la rama posterior que me entrega para que sea sostenida fijamente, mientras él introduce la rama anterior, articula sin dificultad alguna y aplicado el tornillo á presion termina la dieresis completa del cuello en pocos minutos; retira el instrumento y por medio de tracciones sobre el brazo procidente hace las extracciones del tronco, luego aferra la cabeza por el maxilar inferior, pero su extraccion es imposible debido á la viciacion pélvica, pues la conjugada diagonal solo mide 0.083 m., viéndose así obligado á hacer la basiotripsia sobre la cabeza sola, haciendo uso del basiotribo de Auvard, del cual aplica la rama izquierda sobre el occipucio y la derecha sobre la cara. Su

extraccion se hace así fácilmente. La expulsion de la placenta se hace espontáneamente pocos momentos más tarde. Olvidábaseme decir que la operacion fué practicada bajo anestesia clorofórmica. La enferma ha seguido un puerperio febril y se encuentra hoy perfectamente.

II—N. N. secondipara, parto precedente normal. Preñez actual á término. Trabajo empezado el 21 Agosto á las 7.30 h p. m.; rotura espontánea de las membranas á la 1 a. m. del 22; la partera que la asistia llama á la clínica á las 6 h. a. m. viendo que el parto no se efectúa y creyendo necesaria una aplicacion de forceps. Acudo y encuentro á la enferma presa de dolores expulsivos y la partera, que habiendo hecho diagnóstico de presentacion cefálica, está arrodillada sobre la cama en actitud de sostener el periné esperando la salida de la cabeza fetal. Examino la enferma y reconozco una presentacion trasversal del feto, C. D. y á la exploracion vaginal encuentro di atacion casi completa y reconozco en el centro un codo, bajo la mano que es la derecha, luego dorso posterior.

Hago unas ligeras tentativas de version, pero inútiles; el feto no evoluciona, no quedando ya casi líquido amniótico en la cavidad uterina. En estas condiciones, y no sintiendose las pulsaciones del feto, me decido á hacer la embriotomia. La pelvis es amplia, de manera que con toda facilidad aplico las dos ramas del embriotomo de Frascani y practico la decolacion en pocos minutos; extraigo el tronco por medio de tracciones sobre el brazo procidente y luego aferrando la cabeza por el maxilar inferior es llevada al exterior con toda facilidad; la placenta viene espontáneamente pocos minutos despues. La operacion fué practicada sin anestesia y habiendo sufrido ligeros dolores solamente la enferma. Puerperio fisiológico.

Para la segunda categoria de hechos, es decir, cuando el cuello no es accesible, se hacia antes la exenteresis, es decir, extraccion del feto previa extraccion de sus vísceras, pero se ha observado que no se obtiene ventaja alguna con la evisceracion, tanto que se encuentre el feto al estrecho inferior como al superior; que una vez extraidos intestinos, hígado, pulmones, etc., la resistencia á la extraccion es siempre la misma y que si no se secciona la columna vertebral, cuanto se haga será inútil.

Aun en estos casos el embriotomo del Dr. Frascani puede

prestar excelentes servicios, y el mismo autor á falta de casos verdaderos ha ensayado su tijera embriotómica en el manequí y sobre un feto á término, aplicando el instrumento sobre el tórax á la altura de la cuarta costilla; la destroncacion ha sido casi total, digo casi, porque solo quedó un colgajo músculo cutáneo que reunia los dos fragmentos fetales; defecto, si así quiere considerársele, que él atribuye á la poca extension de la hoja cortante del instrumento, que está constituido con dimensiones proporcionales á las del cuello y no del tronco y que podria evitarse modificando la longitud de su porcion intragenital.

Este instrumento ha venido, pues, á hacer sumamente fácil la práctica de la embriotomia y á reducir á una sola y misma operacion en su ejecucion la embriotomia sobre el cuello ó sobre el tronco.

Torino, Setiembre 1893.

PLEURESIAS PNEUMOCÓCCICAS PRIMITIVAS

(Capítulo IX de la memoria « El Pneumococcus y sus determinaciones pulmonares »)

Por el Dr. **G. Araoz Alfaro**

Médico del Hospital San Roque

Parece actualmente imposible que fuera tan absoluta la ignorancia reinante, hasta hace pocos años, sobre la etiología y naturaleza de las pleuresías.

Las numerosas variedades que hoy conocemos no formaban, en efecto, poco tiempo ha, sino tres grupos: pleuresia reumatismal ó simple, pleuresía por propagacion de un proceso pulmonar, y pleuresía traumática; algunos agregaban aún las pleuresías infecciosas, reservando esta designacion á las que sobrevenian en el curso de otras enfermedades generales ó consideradas como tales. El nombre mismo de *reumatismal*, dado á la pleuresía simple, llamada tambien *a frigore*, no era sino una denominacion sin importancia, y no significaba en manera alguna su confusion con la flegmasia de la serosa producida en el curso del reumatismo articular agudo.

Pronto la observacion clínica demostró que muchas de esas pleuresías, simples al parecer, concluían en la tuberculosis despues de un tiempo más ó menos largo; las investigaciones de Landouzy y las de Kelsch y Vaillard, que encontraron granulaciones tuberculosas en pleuras cuya inflamacion parecia netamente *a frigore,* llevaron á exagerar las conclusiones lógicas, y muchos médicos no vacilaron ya en sostener que todas ó casi todas las pleuresías llamadas simples eran tuberculosas. La reaccion se operó, sin embargo, y los trabajos de Blachez, Dreyfus-Brisac, etc., las estadísticas muy prolijas de Fiedler y Barrs (1), demostraron que la frecuencia de las pleuresías tuberculosas estaba lejos de alcanzar las cifras indicadas por los autores ya citados, así como por Germain Sée (2), Mayor, etc., (3).

Desde que se conoció bien la pneumonía y se la diferenció de las otras inflamaciones pulmonares, no escapó á los observadores la casi constancia con que ella se acompaña de una pleuresía visceral con exudado más ó menos abundante. Se supo tambien que, resuelta la pneumonía, el derrame pleural podia llegar á ser bastante importante para reclamar por sí solo la atencion del médico; es la enfermedad que Woillez (4) llamaba *pneumo-pleuresía* y que, segun él, era generalmente insidiosa, grave y casi siempre purulenta. La historia de la pleuresía meta-pneumónica es, pues, antigua; no tengo que ocuparme de ella aquí, habiéndolo hecho ya al tratar de la pneumonía.

Pero, la pleuresía primitiva, independiente de la inflamacion específica del pulmon, ¿puede ser debida al pneumococcus? Netter (5) es el primero que lo sostuvo en diversas comunicaciones, que se refieren todas á pleuresías purulentas, y respecto de esta variedad de la afeccion, las observaciones confirmativas no se hicieron esperar.

Mas, como no todas las pleuresías que sobrevienen en el curso de la pneumonia ó consecutivamente á ella, son puru-

---

(1) Citados por Netter.—Art. «Pleurésie sero-fibrineuse», in Traité de Méd. de Charcot, Bouchard y Brissaud.—Tomo IV, 1893.

(2) Des maladies simples du poumon, 1887.—Bull. de l'Académie de Méd. —1892.

(3) L'avenir des pleurétiques.—Thése de Paris, 1887.

(4) Traité clinique des maladies aigües des organes respiratoires, 1872.

(5) Soc. Anatomique de Paris, 29 Julio 1887.—Soc. Méd. des Hôpitaux, 11 Enero y 16 Mayo 1889 y 90.

lentas, era lógico suponer que el pneumococcus podria originar igualmente la flegmasia de la serosa con exudado sero fibrinoso. Así lo sostuvieron diversos autores, entre otros Kelsch (1), Patella (2), Talamon (3).

A pesar de que autores tan eminentes como Ziemssen, creen que la pleuresía del reumatismo articular agudo no es de orígen bacteriano, es universalmente aceptado hoy en el mundo médico que todas las pleuresías son infecciosas, sea que hayan sido primitivas, sea que acompañen ó hayan sucedido á otra infeccion: pneumonía, grippe, fiebre tifoidea, tuberculosis, etc. Pero, al igual de las bronco-pneumonías, ellas pueden ser producidas por diversos micro-organismos: bacillus de Koch, pneumococcus, streptococcus y staphilococcus pyogenes, pneumobacilo de Friedlander y, quizá, bacillus de Eberth y bacillus coli communis.

Si muchas investigaciones han dado un resultado negativo, es que no es fácil encontrar en el líquido pleural los micro-organismos productores de la afeccion. El exudado sería, en efecto, segun las investigaciones de Luzzato (de Padua) (4), un medio en que ellos se desarrollan con gran dificultad. No es pues en el líquido, como hace notar Tálamon, que debe buscarse los microbios originarios de la inflamacion, sino en el exudado fibrinoso adherido á la pleura y en ésta misma. Es bien conocida la dificultad que se encuentra para afirmar, por ejemplo, la naturaleza tuberculosa de una pleuresía; los bacilos existen pocas veces en el líquido y aún el medio más recomendable, la inoculacion á los animales, ha fracasado en casos en que, á la autopsia, pudo comprobarse tuberculosis pleural. El hecho es bien explicable, sabiendo que el bacillus solo se encuentra libre cuando el tubérculo llega al reblandecimiento.

Es de creer, igualmente, que el pneumococcus no pueda ser revelado en el líquido de todas las pleuresías que produce. En la estadística de Tálamon, sobre dos casos en que fué encontrado, hay siete en los cuales los líquidos de cultura quedaron estériles.

---

(1) De la nature de la pleuresie.—Gaz. Hebdomadaire, 11 Octubre 1890.

(2 3er. Congreso de la Soc. Italiana de Med. interna, 20 á 23 Octubre de 1890).—V. Sémaine Médical.—1890—Nº 47.

(3) Etiologie microbienne des pléuresies fibrino-séreuses. — Médecine moderne—6 Noviembre 1890,

(4) 3er. Congreso de la Soc. Ital.—Sémaine Médical, 1890.—Nº 47.

Segun las investigaciones que acabamos de citar, el pneumococcus determina pues pleuresías sero-fibrinosas y purulentas. Tálamon sostiene, al contrario, que este micro-organismo no es piógeno y que solo puede dar orígen á pleuresías purulentas cuando se unen á él los streptococci ó staphilococci de la supuracion. A creerle, el pneumococcus es apto á lo más para formar un derrame con las apariencias de un pus blanco y lechoso, apariencias debidas á la trasformacion gránulo grasosa del exudado fibrinoso. «Si en lugar de reabsorberse este exudado se colecciona, generalmente en una cisura interlobar, se tiene la verdadera pleuresía meta-pneumónica con la tendencia propia á las pleuresías interlobares, de evacuarse por los bronquios en un acceso de tos, con sus caracteres especiales de benignidad y curacion rápida; es la pleuresía meta-pneumónica *fibrino puriforme*. En tanto que el diplococo lanceolado es el único en el foco, no hay, en nuestra opinion, otra forma de derrame posible.»

Despues de Netter, cuya competencia en la materia es bien reconocida, casi todos los observadores rechazan la anterior opinion de Tálamon. Durante todo el curso de la enfermedad, el pneumococcus se encuentra, con exclusion de todo otro microbio, en derrames verdaderamente purulentos por sus caractéres microscópicos, y cuyo aspecto no es blanco lechoso como pretende aquel autor, sino, por el contrario, verde y bien ligado. Yo mismo podria citar varias observaciones personales.

Etiología y patogenia.—Al hablar de las pleuresías pneumocóccicas primitivas, excluyo, naturalmente, todas las que son producidas por un proceso cualquiera de vecindad.

Los casos bien establecidos de pleuresías sero-fibrinosas debidas al pneumococcus, no son numerosos, y esto no debe extrañarnos conociendo las dificultades de la investigacion bacteriológica en esa clase de derrames. Abundan, en cambio, las observaciones de empiemas del mismo orígen, publicadas por Netter, Weichselbaum, Lancereaux y Besançon, Menetrier, Filkenstein, Debove y Courtois Suffit, etc.

El primero de estos autores es quien ha presentado una estadística más completa. Sobre 121 pleuresías purulentas, ha encontrado el pneumococcus 53 veces, ó sea 43,75 %.

Esta proporcion varía, por lo demás, segun que se trate del

adulto ó del niño. Mientras que en el primero no es sino de 34.78 %, alcanza en el segundo á 72,4 %, (1).

La via de introduccion del agente patógeno debe ser ordinariamente el aparato respiratorio, sea que el microbio pase directamente del alveolo á la pleura, sea que llegue, por via linfática, desde un punto de la mucosa aérea, en la cual, como se sabe, vive constantemente. Pero, en el primer caso ¿cómo se explica que el pneumococcus, sin atacar el pulmon, haya ido á producir su accion recien en la serosa que lo reviste? Reina á este respecto completa oscuridad, siendo hipótesis infundadas las teorías que pretenden dar cuenta del hecho.

Segun una de ellas, el microbio en los bronquios estaria desprovisto de virulencia; no obraria por esa causa sobre el pulmon, pero podria hacerlo sobre la pleura, porque llegado á ésta, recuperaria su actividad patógena, sea inmediatamente, sea despues de un corto tiempo. Semejante explicacion no hace sino cambiar los términos del problema. ¿Por qué razon, preguntaremos entonces, se efectúa esa reviviscencia del microbio en la pleura?

Se ha dicho tambien por partidarios de la teoría de Metchnikoff, que los diplococos son detenidos en los alveolos por los macrófagos. «Ahora bien, se agrega, si algunos pneumococos llegan á burlar la vigilancia de los fagocitos y á pasar á la pleura, ellos pueden no encontrar allí la misma actividad fagocítica, multiplicarse y desarrollar en ella sus propiedades patógenas.» Me parece ocioso entrar á discutir explicaciones tan antojadizas.

Frankel ha realizado algunas experiencias tendentes á probar el trasporte del bacterio patógeno por los linfáticos. Sin que ellas sean absolutamente demostrativas, este modo de infeccion puede aceptarse sin violencia.

Vemos frecuentemente, como dice Boulay (2) la produccion de un flemon iliaco por una herida infectada del pié, sin reaccion sensible de los ganglios poplíteos ó inguinales. Los microbios podrian ser conducidos no solo desde los bronquios sino tambien de la boca y fosas nasales y sobre todo de las amígdalas, como lo ha demostrado Frankel.

---

(1) Art. «Pleurésies purulentes» in Traité de Méd. de Charcot, Bouchard y Brissaud.—Tomo IV.

(2) Des affections à pneumocoques indépendantes de la pneumonie franche.—Th. de Paris—1891.

Segun algunos autores, habria, además de la progresion directa del pneumococcus y de su trasporte por los linfáticos, otra patogenia de la pleuresía. Consistiria en una infeccion general primitiva, por la sangre, con localizacion consecutiva en la pleura. Conociendo la rareza con que en el hombre, el pneumococcus invade la circulacion general, es fácil comprender lo excepcional de este mecanismo.

Anatomía patológica.—El derrame es casi siempre unilateral y presenta marcada tendencia á enquistarse, sea en el vértice (caso muy raro), sea en la base ó en la cisura interlobar.

«El exudado purulento presenta, *lo mas á menudo*, los atributos del *pus loable*, del pus de buena naturaleza de los antiguos médicos, pus espeso, de un amarillo verdoso, *estremadamente rico en elementos celulares*. Este pus es muy viscoso, manifiestamente rico en fibrina. No se separa en plasma y en suero, ó á lo mas, éste forma una napa extremadamente delgada en la superficie del bocal en que se ha dejado hacer el depósito.» (Netter). El tinte verdoso se acentúa con la exposicion á la luz y al aire.

En cuanto al exudado sero-fibrinoso, sus caractéres varían: citrino, trasparente y apenas fibrinoso á veces (Serafini), es en otras ocasiones muy rico en fibrina y en copos amarillentos, siendo muy escaso el verdadero líquido; en este caso, la pleura está tapizada de grandes y gruesas membranas amarillentas, puriformes, que se destacan fácilmente.

He dicho ya que los pneumococci, difíciles de encontrar en los derrames sero-fibrinosos, son relativamente numerosos en los purulentos.

Síntomas y diagnóstico.—Es casi innecesario decir que me ocuparé únicamente de los caracteres peculiares de las pleuresías pneumocóccicas primitivas, sin considerar las que sobrevienen en el curso ó la convalecencia de la pneumonía, ni invadir la sintomatología general de la pleuritis con derrame.

Nada de particular sabemos con relacion á las peuresías pneumocóccicas con exudado sero-fibrinoso, puesto que los casos de orígen indiscutible recogidos hasta ahora, son bien escasos. La tendencia general es, sin embargo, á admitir que ellas se diferencian en su evolucion de las que están bajo la dependencia de la tuberculosis; estas últimas serian las de debut y marcha insidiosos, de fiebre pertinaz, de síntomas generales graves en ocasiones, mientras que las debidas al

pneumococcus se caracterizarian por los rasgos opuestos. «Ciertas formas de evolucion rápida y de terminacion feliz deben ser, bajo la reserva de la verificacion bacteriológica, imputadas al pneumococcus y consideradas como verdaderas pleuresías serosas metapneumónicas sin pneumonía». (Kelsch).

La *pleuresía purulenta* es mejor conocida. Las opiniones no están, sin embargo, muy contestes por lo que se refiere á algunos síntomas. Así, mientras Boulay dice que su debut es ordinariamente insidioso, aunque puede ser tan brusco y dramático como el de una pneumonía, Debove y Courtois Suffit, (1) al contrario, sostienen que generalmente la iniciacion es brusca, dolorosa y febril. El derrame es abundante casi siempre y se forma con rapidez; la cantidad suele oscilar entre 2 y 6 litros.

Los pocos casos observados por mí, me inclinan á considerar exacta la opinion de los últimos autores citados, á la cual adhiere, por lo demás, la gran mayoría de los médicos que se han ocupado de esta cuestion. No hay que olvidar, sin embargo, que ese debut ruidoso no es exclusivo de la variedad que estudiamos, siendo, al contrario, la regla en las pleuresías purulentas.

La fiebre presenta, por lo general, algunos caracteres interesantes. Al principio, la ascension de la temperatura se hace bruscamente: el termómetro llega á 39°, 40°; oscila despues entre 38°5 y 39°5 durante un tiempo de limitacion difícil, pero que comprende, en general, hasta la primera intervencion, posteriormente á la cual baja la cifra térmica.—Sube de nuevo rápidamente si líquido purulento vuelve á formarse. «Cuando el pneumococcus es el único microorganismo contenido en el pus, las grandes oscilaciones, los accesos intermitentes vesperales precedidos de escalofrios violentos no existen, y pertenecen sobre todo á las pleuresias piohémicas.»

La evolucion de las pleuresías á pneumococos se efectúa rápidamente, como hemos dicho antes. Con mucha frecuencia se enquista y se termina por vómica. Antes de producirse ésta, la temperatura sube notablemente para caer inmediatamente despues como en seguida de una intervencion quirúrgica. Segun la estadística de Netter, la vómica se observa en un 26 %

---

(1) Traitement des pléuresies purulentes—Bibliothéque Charcot—Debove, 1892.

de los casos; tiene lugar generalmente hácia las tres semanas ó un mes del principio de la afeccion y casi nunca es única.

Otras veces el líquido purulento se reabsorbe (el hecho parece indiscutible aun para derrames bastante grandes). ¿Se tratará, en estos casos, de verdaderos derrames purulentos ó solo de esos exudados fibrino-puriformes de que habla Tálamon?

Los caracteres del líquido pleural, expuestos al tratar de la anatomía patológica, y la evolucion de la enfermedad pueden, como se ve, suministrar vehementes indicios sobre su naturaleza microbiana. Un diagnóstico sério no podrá, sin embargo, establecerse sin el exámen bacteriológico del pus, y las culturas é inoculaciones practicadas con él (1).

Pronóstico.—He dicho ya que las pleuresías pneumocóccicas se caracterizan por su corta duracion y su benignidad. Estas particularidades las distinguen ordinariamente, sea que expontáneamente terminen por reabsorcion ó por vómica, sea que se las someta á un tratamiento, al que ceden mucho mejor que las otras variedades microbianas.

Respecto del pronóstico para el futuro, no hay que olvidar sin embargo, que ciertos autores (Lancereaux, etc.) han observado pleuresías pneumocóccicas en individuos tuberculosos, constituyendo así una infeccion secundaria.

La mortalidad, en los empiemas debidos al pneumococcus, ha bajado en ciertas estadísticas, hasta 2 %.

Tratamiento.—Nada de particular tenemos que observar respecto de la pleuresía sero-fibrinosa; le es enteramente aplicable el tratamiento de la pleuresía en general.

En cuanto á la purulenta, hemos visto ya que ella es de una benignidad notable, por lo general, gracias á que el pneumococcus pierde rápidamente su virulencia (menos prontamente, sin embargo, en la pleura que en el pulmon). Segun esto, es natural que ella ceda mas fácilmente al tratamiento que las otras variedades microbianas.

Se han citado muchos casos de curacion espontánea, por

---

(13) Véase tambien el artículo «Pléuresies» del Manuel de Médecine de Debove et Achard, tome I.

reabsorcion ó por vómica; seria un grave error, no obstante confiar en estas eventualidades, puesto que la vómica sobreviene solamente en un 26 % de los casos, y que ella se produce despues de un tiempo relativamente largo, un mes más ó menos, á contar del principio de la enfermedad. Por otra parte, la cicatrizacion de la cavidad supurante no se opera con gran rapidez, las vómicas pueden repetirse, y el enfermo queda expuesto á todos los accidentes de la hecticidad.

Es necesario, pues, intervenir siempre. Pero ¿de qué manera? Dado el hecho indiscutible, y relativamente frecuente, de pleuresías purulentas pneumocóccicas terminadas despues de una sola puncion, es indudable que la aspiracion simple debe ser el primer medio empleado. Está de más agregar que hay que usar, para hacerla, las mas rigurosas precauciones antisépticas, sin lo cual se corre el riesgo de inocular microbios piógenos y cambiar enteramente la naturaleza de la afeccion y por consiguiente, su benignidad.

No obstante, una puncion simple ó seguida de inyeccion antiséptica (Fernet, etc.), no basta generalmente. ¿Es menester entonces, hacer una nueva toracentesis y repetirla hasta tres ó cuatro veces, si el líquido se reproduce? Es esta la opinion de algunos médicos y especialmente de Netter (art. citado del Traité de Méd.) Este autor le reconoce la ventaja de impedir la entrada del aire y facilitar, por consiguiente, más que el empiema, la reunion de las hojas pleurales, aparte de ser una operacion más sencilla.

Pero otros observadores sostienen, con razon á mi juicio, que semejante conducta hace perder mucho tiempo y retarda, en la mayor parte de los casos, sin llegar á evitarla, una intervencion más amplia. Paréceme, pues, que, á lo más, deben practicarse dos punciones sucesivas y que si el líquido se reproduce aún, es necesario recurrir á la toracotomia que, por lo demás, dá en esta variedad de pleuresía, brillantes resultados. (1)

---

(1) Si pretendiera extractar los debates habidos en las sociedades científicas extranjeras á este respecto, necesitaria un espacio considerable que, realmente, considero inoficioso dedicar á ese objeto. El lector puede encontrar las opiniones de Cadet de Gassicourt, Fernet, Bucquoy, Comby, Dreyfus-Brissae, Chantemesse, etc., etc., en las crónicas de las sesiones de la Acad. de Médécine, Soc. des Hôpitaux y Soc. de Thérapeutique, de Paris; Sémaine Médicale, 1891, págs. 39, 123, 141; en 1892, pág. 129, 154, 197.

Ha sido esta la conducta observada en dos casos que he seguido. En los dos (se trataba de un adulto y de un niño de tres años), una puncion aspiratriz simple, no impidió que el líquido se reprodujera; se practicó el empiema y dos semanas despues, sin necesidad de lavajes consecutivos, el uno como el otro estuvieron completamente curados (1).

Buenos Aires, Octubre de 1893.

LOS EXTRACTOS ORGÁNICOS

por el Dr. **Diógenes Decoud**

Los métodos para la esterilizacion de los extractos líquidos orgánicos provenientes de las glándulas tiroidea y testicular, de la sustancia gris del cerebro, del riñon, etc., consisten, sea en la filtracion bajo la presion del ácido carbónico á sesenta atmósferas en el aparato de Arsomval, ó la simple filtracion por las bujías de aluminio, en el vacío, despues de haberlo pasado por el papel Laurent Nº 8. (*Archives de Physiologie*, pág. 180 y 192.—1893(.

Las bujías de aluminio filtran con una estremada lentitud, y despues de un dia de uso quedan inútiles, si no se les prepara nuevamente por la temperatura al rojo. El aparato de Arsomval requiere un dispositivo complicado y el empleo del ácido carbónico líquido, que no es fácil obtenerlo entre nosotros.

Esto no seria, sin embargo, la razon suficiente para eliminarlo, pero creo que su empleo no es necesario.

En una primera série de experiencias que practiqué el año pasado (*Anales del Circ. Med. Arg.* pág. 73, 1893) la carencia de los aparatos mencionados me habia obligado á usar para la filtracion, solamente el papel Laurent esterilizado al calor seco en la estufa de Poupinel, y las inyecciones practicadas con el líquido preparado en esas condiciones no habian pro-

---

(1) No entraré tampoco á discutir las conveniencias de los lavajes post-operatorio y consecutivos. Estas cuestiones han ocupado muchas sesiones de la Soc. Méd. des Hôpitaux y de la Soc. de Thérapeutique, de Paris, y á ellas remito al lector. Sémaine Médicale, 1890, pág. 167, 192, 398, 427, 456 466 y 482.

ducido otro accidente que una débil reaccion local, dos veces en trescientos casos. El líquido se conservaba bien, durante más de dos meses, en verano.

Posteriormente, convencido de que la filtracion al papel no tenia objeto, limité el procedimiento á la simple decantacion, pero observando estrictamente la mas escrupulosa asepsia en todo el procedimiento. El agua salada era debidamente esterilizada por una ebullicion prolongada y repetida, los cristalizadores y las materias préviamente sometidos al calor á 200 grados, y al practicar los cortes del tejido evitaba su contaminacion por micro-organismos El líquido decantado era luego depositado en pequeños frascos de quince gramos de capacidad, tambien esterilizados, y que suplen ventajosamente para el uso diario, al líquido conservado en ampollas cerradas al soplete.

Antes de emplearse este extracto, es mezclado con una parte igual de agua destilada recien hervida, y se comprende que la inyeccion no podria ser practicada sino con una jeringuita perfectamente esterilizable, como las de doble tubo de cristal.

He podido comprobar durante mas de seis meses que el líquido así preparado llena todas las condiciones exigibles, y en una série ya muy larga de inyecciones no he visto producirse ningun accidente local. El líquido se conserva largo tiempo: una muestra que databa de cinco meses, fué examinada hace pocos dias en el laboratorio bacteriológico de la Asistencia Pública, y la cultura en placas se mantuvo pura.

Esta fácil conservacion del líquido orquítico no es de extrañarse, como lo veremos más adelante; ¿pero queda así inalterable? *Berthelot*, en 1853 (Dict. Wurtz. Artic. *Glicerine*) al publicar sus observaciones, decia que la glicerina se trasforma en glucosa bajo la influencia de las materias azoadas de orígen animal, pero que si bien esta trasformacion era accidental, se volvia regular cuando se agregaba á la glicerina el tejido de testículos de hombres ó de animales, y esto en un intervalo que variaba entre una semana y tres meses.

Queriendo comprobar esta asercion, pedí á nuestro distinguido químico el doctor Arata, el exámen de una preparacion de extracto orquítico, que databa de tres meses. «El líquido que me ha remitido, me contestó en seguida, no contiene nin-

guna materia que reduzca el licor de Fehling, y podria pues afirmar la ausencia de glucosa. El hecho anunciado por Berthelot no dejaria por eso de ser cierto. Segun Vd. me dice, prepara sus líquidos en medios esterilizados, fuera del contacto de todo gérmen externo. Berthelot no menciona esta circunstancia y no podia hacerlo, pues en aquella época nadie cuidaba de la influencia del aire *impuro*, biológicamente hablando. Como el estudio es interesante, cuando se contamine por introduccion de aire impuro alguno de sus preparados viejos, volveremos á probar para confirmacion ó rectificacion por lo menos, de las condiciones en que se funda la reaccion de Berthelot.»

Coincidiendo con esta investigacion, acabo de ver la publicacion hecha por Laveran (*Compt. rend. de la Soc. de Biol.*, pág. 273. 1893) en que demuestra las propiedades bactericidas del extracto orquítico: los microbios de la supuracion, streptococcus y staphylococcus depositados en este líquido, no lo ingertan y desaparecen en poco tiempo, Brown Sequard, en experiencias más recientes (*Arch de Physiologie*, Oct. 1893) comparando el líquido orquítico, el agua destilada, la glicerina con adicion de tres partes de agua y el líquido testicular sin glicerina ha podido observar que el líquido testicular sin glicerina posee tanto poder antiséptico como la glicerina diluida en tres veces su peso de agua.

Sin embargo, este poder bactericida no es, como se comprende, sino en cierto grado, y el mismo autor ha notado que tambien el líquido orquítico de Arsomval se descompone bajo la influencia de sustancias putrecibles, si bien demorando mas que la glicerina simple y los otros líquidos.

Se ve así, que aunque los agentes de la supuracion no encuentran medio de desarrollo en el extracto orquítico, los microorganismos de la putrefaccion pueden desempeñarlo, y se encuentra de este modo confirmada la explicacion del doctor Arata.

Por lo que respecta á la preparacion de los líquidos orgánicos, no dudo que la técnica puede ser notablemente simplificada en la forma que he descrito, por maceracion y decantacion, y su conservacion misma no ofreceria dificultades, como lo prueba la observacion y la experimentacion.

Investigaciones sobre los uréteres

Su implantacion en el recto

(Síntesis de los trabajos del Dr. R. Harvey Reed.)

Por el Dr. **Dominguez Delaney**

Son por demás curiosas, aunque por desgracia no todo lo concluyentes que pudieran desearse, las experiencias llevadas á cabo por el Dr. R. Harvey Reed, profesor de clínica quirúrjica en la «Ohio Medical University» respecto á la implantacion de los uréteres en el recto.

La idea de conducir la orina á otro receptáculo distinto al en que en su marcha evolutiva se ha seleccionado la especie humana, podrá tal vez extrañar á quienes olvidan que otros grupos bastante numerosos de la serie animal no tuvieron necesidad de formarse una vejiga en que recoger los productos de la filtracion ó secrecion renal. Y en cuanto al temor de que el recto se aviniera mal con lo que le aportasen los uréteres, basta tener presente para disiparlo que en las fístulas-vésico rectales bien pronto se acostumbra la mucosa del recto á tolerar la presencia de la orina

Con estos antecedentes es fácil pensar si no seria conveniente, en ciertos y determinados casos de patologia de la vejiga, cambiar el curso de la orina, cuando ésta ha de agravar con su presencia las lesiones de aquel receptáculo, ó bien las ventajas en ciertas laparatomias de poderse evitar una nefrectomía.

Basado en todas estas consideraciones, el citado cirujano de los Estados Unidos practicó una série de experiencias en unos trece perros. Ocho de aquellas lleváronse á cabo en las molestas y poco propicias horas que median entre las 10 de la noche y las dos de la madrugada. No son, pues, de extrañar algunas equivocaciones ocurridas al investigador, pero tenia que habérselas, probablemente, no ya con la Sociedad Protectora de Animales, sino con la antiviviseccionista, y es por esto, sin duda, que veriase precisado á trabajar con la molesta luz artificial, exponiéndose á engaños, sobre todo en la autopsia de animales sumamente pequeños.

La primera de las experiencias limitóse á determinar bien las relaciones anatómicas del riñon, uréteres, vejiga, recto y trompa en la raza canina.

Exp. 2.—Perro joven. Peso 35 lbs. Ureter derecho, ligado pulgada y media antes de la vejiga: seccionado por encima de la ligadura, y disecado en una extension de dos pulgadas.

El recto es abierto longitudinalmente seis pulgadas por encima del ano, insertándose el ureter á través de la abertura. Ciérrase ésta con seis suturas, incluyéndose en ellas un repliegue del peritoneo, traido junto con el ureter, evitando así tener que atravesar éste con las suturas, ó comprimir su luz, mientras al mismo tiempo se colocaban en mutuo contacto las superficies peritoneales del recto y ureter, buscando así una rápida adhesion.

Curacion antiséptica. Durante los dos primeros dias estuvo febril el animal, pero pasados aquellos, mejoró rápidamente. No hubo movimiento de vientre hasta tres dias despues de la operacion en que tuvo tres deposiciones líquidas. Desde entonces continúa evacuando con regularidad de tres á cinco veces al dia. Por lo general, dos ó tres de las deposiciones eran de carácter acuoso, mientras el resto semi sólido. Nunca presentaron sangre.

A los ocho dias de operado no hubo necesidad de mas curas, pero una semana mas tarde un estudiante oficioso mató el perro, sacó el *specimen*, pero en tan pésimas condiciones, que cuando llegó á manos del investigador nada pudo sacarse en claro.

Exp. 4.—Perra falderilla, peso 8 libras. Insercion del ureter derecho seis pulgadas por arriba del ano. Repónese pronto de la operacion, bebiendo en abundancia leche terciada con agua durante los dos primeros dias. Alimentacion sólida al tercero. En este dia mueve el vientre sin que observara sangre en las deposiciones. Desde entonces continuó teniendo de dos á tres deyecciones acuosas, mezcladas con materias sólidas ó semi-sólidas; á los 24 dias de operada asfíxiase al animal con bi-óxido de carbono.

La autopsia revela algunas adherencias de los intestinos al peritoneo parietal en toda la línea de la incision externa, así como del recto y útero y de las trompas de Falopio á cada lado de la herida rectal. El riñon derecho con señales de nefritis aguda, causada probablemente por la compre-

sion de la luz del ureter por la trompa de Falopio derecha la que provocó una hidronefrosis. (Recuérdese la posicion de esos órganos en los cuadrúpedos). El ureter tan perfectamente unido al recto, como si fuera realmente su modo de estar. La vejiga de la orina muy contraida, mientras que el riñon izquierdo y demás órganos correspondientes de ese ladó perfectamente normales.

La mucosa rectal, á pesar de la presencia constante de la orina, no presentaba ni el menor indicio de haber existido irritacion alguna.

Exp. 9—Cachorro de la raza *bull-dogs*. Peso 15 libras; implantacion del ureter izquierdo en el recto. Este es abierto tan solamente lo bastante para dar paso á aquel. Mueve el vientre al siguiente dia de operado: heces mezcladas con orina. Al cuarto dia levántase el apósito apareciendo la herida externa curada por primera intencion; al sexto sácasele de la enfermeria y dásele alimentacion comun mezclada con huesos. Sigue evacuando heces con orina, pero nótase que ésta es emitida tambien por la vejiga. Asfixiásele á los veinte y cinco dias de la operacion.

Autopsia.—Vejiga sumamente atrofiada. Ambos riñones normales. Ureter izquierdo tan perfectamente adherido al recto como si tal fuera su posicion natural. Ni los menores indicios de congestion renal, ni de hidronefrosis. Las mucosas rectal y del ureter perfectamente continuas una con otra, mientras que la abertura artificial en el recto ocultábase en un repliegue de éste. Los guiadores pasados á través del ureter desviado, así como los líquidos vertidos en él pasaban perfectamente al recto, viniendo á demostrar junto con los demás datos la posibilidad de hacer la insercion buscada.

El otro grupo de experiencias hechas por el cirujano del Estado de Ohio dirigióse á implantar ambos ureteres en el recto.

Exp. 3.—Perra pequeña y débil. Peso, 10 lbs. Tuvo cachorros ocho semanas antes de la operacion. Abierto el vientre notóse una distencion tal de la vejiga, que fué necesario, no sin bastante trabajo, evacuar ésta para poder continuar la experiencia. Aíslanse ambos uréteres, los que son introducidos en una abertura hecha en el recto á seis pulgadas por encima del ano. Ciérrase aquel procurando incluir en la sutura trozos de peritoneo.

El animal muere al cuarto dia de operado, habiendo tenido durante esos dias deyecciones acuosas mezcladas con excrementos sólidos. La autopsia revela que ha fallecido de peritonitis aguda, limitada principalmente al lado derecho, siendo la vejiga el centro de la inflamacion, que se extendia todo á lo largo de la correspondiente trompa de Falopio. No obstante el corto tiempo transcurrido desde la operacion, los uréteres estaban firmemente fijados á las paredes del recto por la adhesion de superficies serosas. La vejiga ofrecia señales de atrofia incipiente, mientras que el recto y los riñones presentábanse sin pruebas de inflamacion ó irritacion.

Exp. 5.—Perra faldera bastante vieja, con caracteres de degeneracion grasosa y flotante el riñon izquierdo. Insértase el ureter de este lado cinco pulgadas por encima del ano y el derecho siete y media, cada uno en una abertura rectal distinta. El animal no pareció nunca recobrar de la operacion, estando siempre soñoliento y estúpido, no comia, bebiendo poco y muriendo al tercer dia.

La autopsia reveló un aumento del riñon izquierdo con señales de supuracion. El ureter derecho proyectándose en mas de una pulgada por dentro del recto y comenzando ya á mortificarse esa extremidad del ureter, mientras las superficies serosas de éste y de aquel encontrábanse bastante adheridas para tan corto tiempo. Por desgracia, la luz de la union urétero-rectal estaba tan obstruida como para impedir el paso de la orina. El recto, en el punto de union del ureter izquierdo presentaba el excedente intra rectal de éste comenzando á esfacelarse, pero sin obstruccion ni signos de lesion del riñon correspondiente. Vejiga normal, pero muy contraida por la falta de uso.

Exp. 7.—Perro jóven, con todas las señales de una salud vigorosa. Peso, 25 libras. La operacion consistió en la *supuesta* implantacion de ambos uréteres en el recto, á cinco pulgadas por sobre el ano. El experimentador y los auxiliares vense molestados por la considerable hemorragia de las hemorroidales, así como por la fuerte accion peristáltica del recto. Hecha la insercion y desinfectada la cavidad, ciérranse las paredes abdominales por doble hilera de sutura continua. El animal repónese pronto, siendo asfixiado por el bióxido de carbono á los veinte y cuatro dias de operado. La autopsia muestra que se han implantado en el recto, en lugar de los

uréteres, ambos vasos deferentes. Tal equivocacion es perdonable dada la direccion, sitio y sensacion que dan al tacto ambos conductos y sobre todo en seres que no pertenecen á la especie humana.

Esta experiencia negativa, ó mejor dicho errónea, por lo que al objeto buscado se refiere, no carece de interés, pues prueba la posibilidad de desviar los conductos deferentes, haciéndoles verter su contenido en otro sitio. Cree el autor que esto tendria su importancia para transformar á los machos en *no peligrosos*, respecto á la reproduccion, sin destruir su capacidad usual para la cópula. Podrá ser cierto en una pequeña parte, pues pensando un poco en la fisiología de este último acto, no habrá de negarse que suprimida la eyaculacion, ni del punto de vista moral, ni aun de otros contrarios á ella, como la sensualidad, tendria objeto la cópula.

Exp. 7.—Perra de Terranova. Peso, de unas 45 á 50 libras. La abundante hemorragia hace al operador sufrir varias equivocaciones reveladas por la autopsia á los once dias de la operacion, en que el animal sucumbe por peritonitis. El ureter derecho habíase ligado, pero lo que se insertó en el recto fué un pliegue del peritoneo. El ureter izquierdo ni siquiera había sido tocado, implantándose en su lugar también un pedazo del peritoneo.

Esta experiencia no carece de interés. El ureter ligado dos semanas antes, encontrábase distendido por la orina hasta alcanzar el diámetro transversal de un pequeño dedo, así como la pelvis renal tenia el volumen de un huevo de gallina. Probablemente la orina contenida en ambos y que no llegaba á dos onzas, era sin duda la única segregada por el riñon de ese lado en once dias. Prueba que la funcion se habia suspendido ó tal vez que hubiese habido reabsorcion, sin que por esto el parénquima renal estuviese lesionado.

Exp. 8—Perro *shepherd*. Pesó 20 libras. La autopsia reveló que análogos errores á la experiencia anterior habíanse cometido.

Exp. 10 — Cachorra *bull-bitch*. Peso, 20 libras. Opérasela durante veinte dias para tener todas las ventajas de la luz solar. Las trompas de Falopio dan que hacer al investigador; inconveniente de practicar estas experiencias en perras, pues las trompas cruzan por encima del ureter al

acostar sobre el dorso animal. Treinta y seis horas despues de operada muere la perra de peritonitis. La autopsia revela que los uréteres han sido bien implantados; no existe hidronefrosis lo que comprueba que no ha habido obstruccion en la luz de los uréteres.

Exp. 11.—Mongrel, ó perro mestizo de constitucion débil. Peso, 15 libras. Muere á las 72 horas de la operacion, despues de presentar síntomas de nefritis aguda. La autopsia hace notar ligera obstruccion del ureter derecho con hidronefrosis é intensa inflamacion del riñon correspondiente. No existe obstruccion en el ureter izquierdo, aunque sí congestion intensa, así como del riñon de ese lado. Ambos uréteres perfectamente implantados en el recto por sus superficies serosas.

Exp. 12.—Perro *shepherd*. Peso, 20 libras. Recobra pronto de la operacion. Dieta de carne, leche y agua. Opio al interior. Escápase en la noche del segundo dia post-operatorio, regresando en la mañana del tercero bastante fatigado y febril. Rehusa alimentos, pero toma mucha agua y ocasionalmente leche; no tuvo deyecciones; hasta el tercer dia, á menos que haya tenido la noche de la huida. Las deposiciones emitian fuerte olor á orina.

Hay que hacer notar que al irse á practicar la operacion notóse una pequeña equímosis en la piel de las paredes del abdómen. Esta lesion continuó agravándose, muriendo el animal 90 horas despues de operado. La autopsia comprueba que un absceso en el sitio de la equímosis se ha fraguado paso hasta la cavidad peritoneal. Ambos uréteres encontráronse insertados en el recto y bien adheridos, sin señales de hidro-nefrosis. A pesar de la presencia de la orina en el recto, la mucosa de éste no muestra vestigios de irritacion. Vejiga sumamente reducida y atrofiada. Probablemente á no haber sido la lesion anterior á la operacion este hubiera sido el caso mas feliz de doble implantacion.

Exp. 13.—Perro mestizo. Peso, 30 libras Recobra pronto de la operacion. Pasa orina por el recto á la mañana siguiente de aquella y continúa haciéndolo con regularidad una ó dos veces al dia. Al quinto, despues de operado, nótanse síntomas de peritonitis agudísima, muriendo al sexto. La autopsia revela que la muerte ha sido ocasionada por peritonitis y nefritis. Ambos uréteres firmemente unidos al recto.

De todas estas experiencias resulta, segun el experimentador, la posibilidad de la implantacion unilateral del ureter en el recto: la falta de detrimento para la salud (en el perro) de la doble implantacion rectal de los conductos diferentes: que la implantacion simultánea ó doble implantacion de los uréteres en el recto es asunto aun dudoso, hecho probado en el hombre por Küster: la tolerancia del recto á la orina; la probabilidad de que parte del agua de esta secrecion sea absorbida por la mucosa rectal, y por último, que la ligadura del ureter y la hidronefrosis consecutiva no son seguidas necesariamente de inflamacion de las paredes del ureter, ni del riñon: hecho que hace pensar ó en la detencion del poder secretorio ó en el cambio del proceso fisiológico de eliminacion por el de absorcion.

CONCLUSIONES PRÁCTICAS

Cree firmemente de todo esto el citado cirujano, que sus experiencias prueban la utilidad práctica de la implantacion unilateral del ureter en casos en que uno de ellos está envuelto ya sea como resultado de adhesiones en tumores del ovario, ó bien de otros órganos de la cavidad abdominal; de aquí que seria procedimiento más seguro implantar en ciertos casos el ureter en el recto, á practicar como se hace actualmente la nefrectomia. Piensa asimismo, y está determinado á iniciar mas adelante una serie de experiencias, que la dobie implantacion de los uréteres es hacedera con tal de practicar la insercion de cada uno en distintas épocas, dando tiempo por consiguiente á la implantacion y adhesion completa del uno antes de intentar la del otro. De realizarse el desiderátum podria en ciertas afecciones vesicales separarse la orina de la vejiga, haciéndola verterse en el recto, aliviando ciertos sufrimientos, ó evitando así otras operaciones de resultados bastante desagradables.

Buenos Aires, Octubre de 1893.

Un caso de anemia perniciosa progresiva

Clínica del Dr. **Uballes**

Por **C. Alvarez**

Interno del Hospital de Clínicas

P. C., de 24 años, argentino, soltero, jornalero, ingresa al hospital el 24 de Agosto del corriente año.

Antecedentes hereditarios, ignorados.

Antecedentes individuales.—Sarampion en su infancia. Siempre ha sido perfectamente sano. No tiene hábitos alcohólicos.

Su enfermedad actual comenzó hace dos años más ó menos, despues de haber comido un trozo de carne en putrefaccion, por náuseas, á las que algunos dias mas tarde se agregaron vómitos y ligero dolor en el epigastrio, principalmente á la presion.

Los vómitos continuaron, se repetian despues de la injestion de cualquier alimento y han persistido durante toda su enfermedad, salvo algunos cortos períodos. Además de los vómitos tenia insomnio persistente, anorexia, constipacion y una gran debilidad que se acentuaba cada dia más.

Ha continuado así hasta ahora que han aparecido nuevos síntomas. La debilidad y postracion general son excesivas, el menor esfuerzo le causa fatiga, tiene vértigos con frecuencia y desde hace unos 20 dias observa una hemorragia por el recto que no coincide ni aumenta las deposiciones. Estas son ligeramente dolorosas. Al salivar ha observado tambien algunas estrias de sangre. Son las primeras hemorragias que ha tenido desde que está enfermo.

Hace unos tres meses ha experimentado fuerte cefalalgia frontal durante varios dias.

Exámen.—(Agosto 26). Estado de nutricion bastante bueno. Tinte térreo de la piel. Palidez notable de las mucosas. No hay fiebre.

Ap. nervioso. Al incorporarse en el lecho ha tenido varias veces sincopes, durante los cuales el pulso no ha cesado en

absoluto. Tiene calambres en todo el cuerpo. Duerme mal, pero no hay completo insomnio.

Ap. respiratorio. Normal. Al ejecutar algun esfuerzo aparece fatiga.

Ap. circulatorio.—Corazon normal. En las venas del cuello se oyen soplos anémicos. Pulso regular, 100 pulsaciones, tension arterial, 14.

En la periferia del ano se ven algunas escoriaciones que dan lugar á hemorragias. En la saliva se ven tambien algunas estrias de sangre.

El exámen de la sangre da:

Glóbulos rojos	2.600.000
» blancos	11.000
Relacion de blancos á rojos	1/236
Hemoglobina	0.60
Valor globular	1

Los glóbulos rojos presentan deformaciones variadas.

Ap. digestivo.—Hay anorexia, pero los alimentos son bien tolerados. No ha habido náuseas ni vómitos. Funciones intestinales bien.

La palpacion del epigastrio no denota nada de anormal. Ni el hígado ni el bazo están aumentados de volúmen.

Las materias fecales no contienen huevos de parásitos.

Orina	Agosto 24	Agosto 25
Cantidad	3.200 gr.	2.500 gr.
Densidad	1.008	1.009
Reaccion	ácida	ácida
Color	amarillo muy claro	idem
Urea total	32 gr.	27.5 gr.
Albúmina	no hay	no hay
Pigmento biliar	escaso	vestigios

No hay sedimento.

TRATAMIENTO.—Alimentacion mixta. Ergotina de Ivon. 3 gr. Extracto ópio 0.06 gr.

Agosto 28. — Durante todo el dia de ayer ha tenido fatiga, vómitos y lipotimias. Por la noche, como á las 2 a. m., des-

pues de algunas alteraciones cerebrales que no expresa con claridad, ha sentido todos sus miembros paralizados. Ha notado igualmente dificultad en la emision de la orina.

Hay parálisis completa de los cuatro miembros. Conservacion de los movimientos de la cabeza y cara. Reflejos abolidos. Sensibilidad conservada. Retencion de orina que hace necesario el sondaje. Aceleracion é irregularidad de los movimientos respiratorios. Pulso muy débil, pero regular y de frecuencia normal. No hay alteraciones intelectuales.

Prescripcion. Inyecciones de éter alcanforado y cafeina.

Refiere el enfermo que hace dos meses tuvo una parálisis análoga á la presente, extendida á los cuatro miembros, que solo duró algunas horas. Acompañó á la parálisis, disnea más intensa que esta vez.

Fallece á las 4 p. m.

Autopsia. (Agosto 27).

Meningeas y encéfalo anémicos, con bastante líquido céfalo-raquídeo. Edema en las meningeas raquídeas.

Corazon normal en todas sus partes. Pequeños coágulos fibrino-cruoricos.

Pulmones completamente anémicos hasta en su parte posterior. Glándulas peri-bronquiales normales.

Estómago normal; mucosa intestinal idem. No hay parásitos. Bazo anémico y disminuido de volúmen. Hígado con poca sangre. Es el órgano que contiene más.

Riñones anémicos, volúmen disminuido, superficie algo granulosa, consistencia algo aumentada. Vejiga con mucha orina.

Glandulas mesentéricas normales. En el ano y en el recto no hay ulceraciones ni equímosis, solamente pigmentacion negruzca de toda la mucosa.

Médula de los huesos anémica.

Buenos Aires, Octubre 1893.

AMPUTACION EN UN ANCIANO DE 93 AÑOS

Por **Juan Ferrari**

Interno del Hospital Rawson

Zacarias Richeti, de 93 años de edad, italiano, jornalero, domiciliado en la calle de Cerrito núm. 1189 (Buenos Aires), entra al Hospital Rawson el 19 de Setiembre de 1893 y ocupa la cama núm. 14 de la sala X de cirugía.

Antecedentes hereditarios: buenos.

Antecedentes personales: ha sido siempre completamente sano.

Principio de la enfermedad. A fines del año 1886 notó un pequeño tumor indoloro en el hueco poplíteo izquierdo (habiendo hecho anteriormente muchas fuerzas y caminado con exceso), continuó éste aumentando paulatinamente hasta hace seis meses en que sintió fuertes dolores al caminar y hace cuatro los dolores se venian sucediendo sin interrupcion, siendo más intensos durante la noche, obligándolo á guardar cama y recurrir al Hospital. El tratamiento seguido afuera ha sido la compresion.

Síntomas subjetivos.—Grandes dolores lancinantes en la region enferma, irradiándose hasta el pié.

Sitio de la lesion.—Region poplítea izquierda.

Conformacion exterior de la parte afectada.—Presenta un gran tumor pulsátil abovedado; á la palpacion, estremecimiento catareo; á la auscultacion, doble soplo.

Exámen de los planos.—La piel está muy adelgazada, de un color muy violáceo, de temperatura elevada; el tumor comprende la piel, tejido celular subcutáneo y aponeurosis.

Consistencia y movilidad de la parte afectada.—La consistencia es blanda, depresible; hay pastosidad en toda la periferia del tumor. Es inmóvil.

Signos fisiológicos.—Dolor espontáneo en toda la region poplítea, pierna y pié; dolores que se exacerban de noche.

Síntomas funcionales.—Imposibilidad absoluta para doblar la pierna, gran dificultad para caminar.

Operacion.—El 21 de Setiembre (1893) por la tarde, á insinuacion del Dr. Llobet, quien me cedió galantemente el caso, procedí á hacer la amputacion en el tercio inferior del muslo por el método circular oblícuo; coloqué una sutura profunda abrazando á los músculos con hilo de seda gruesa é hice al muñon una sutura continua con seda, prévia colocacion de un tubo de drenaje á cada extremidad del muñon. Se sacan los tubos á las 48 horas, saliendo un poco de linfa. El 26 se sacan los puntos musculares y el 28 los del muñon, habiendo sanado por primera intencion. Sale de alta el 5 de Octubre (1893) completamente restablecido.

Buenos Aires, Octubre 25 de 1893.

Cuatro casos de hemorroides antiguas

CURADAS POR LA DILATACION FORZADA DEL ANO

(Clínica quirúrgica del **Dr. Llobet** en el Hospital Rawson)

por **Carmelo Dus Calderon**

Del Servicio Interno

Teniendo presente la incurabilidad absoluta tarapéuticamente de esta molesta efeccion que causa la desesperacion de los pacientes, me he decidido á publicar la curacion radical de cuatro enfermos atacados de hemorroides antiguas.

El procedimiento empleado no es nuevo, pero vale la pena citar estos casos como estímulo para decidirse á una operacion tan benigna como inofensiva. En dos de ellos, prévia anestesia á resolucion completa, se hizo la dilatacion introduciendo primero los dos pulgares, despues la mano en forma de cono, empujándola paulatinamente hasta hacerla penetrar por completo en el recto; en los otros dos, introduciendo un espéculo de Cusco cerrado y una vez abierto completamente se sacó sin mayor esfuerzo.

El tratamiento ulterior ha sido un baño frio de asiento,

enema, ídem todas las mañanas durante seis dias y compresas en la region anal.

En ninguno de ellos hubo desgarro de la mucosa rectal y antes de salir de alta, han desaparecido dos hemorroides y ha vuelto el ano á su estado normal.

Observacion 1ª.—N. N., de 70 años, cocinero, antecedentes buenos. Desde los 25 años sintió fuertes dolores en el recto al defecar, y periódicamente sobrevinieron pérdidas sanguíneas; á los 30 años notó que rodeando el márgen anal iban apareciendo paulatinamente, uno por uno, tumores que aumentaban ó disminuian con alternativas.

Al exámen se nota una corona de hemorroides procidentes ocupando todo el orificio anal; haciendo el tacto hay una sensacion de mamelonamiento en la mucosa rectal; al espéculo se ven ser hemorroides internas.

Se interviene el 1º de Octubre: el procedimiento empleado ha sido la introduccion de la mano entera; á los ocho dias (27 de Octubre) sale de alta completamente curado.

Observacion 2ª.—N. N., de 55 años, marinero, antecedentes alcohólicos. Hace veinte años que padece de hemorroides, habiendo empleado en todo este tiempo cuanto medicamento existe sin resultado alguno. A la inspeccion se notan cinco tumores turgentes y de color violáceo, al tacto tres ídem, en la parte lateral derecha del recto.

Dilatacion forzada como el anterior, y sale hoy de alta completamente sano á los diez dias de la operacion.

Observacion 3ª.—N. N., de 64 años, jornalero, antecedentes artríticos. Hace doce años que padece de hemorroides externas. El 14 de Octubre se hace la dilatacion forzada con el espéculo Cusco y á los seis dias está completamente curado; aun no ha salido del hospital por otra enfermedad intercurrente.

Observacion 4ª.—N. N., de 38 años, agricultor, antecedentes sifilíticos. Desde la edad de 15 años está afectado de hemorroides internas y externas.

El 23 de Octubre se hace la dilatacion forzada del ano con el espéculo bivalvo de Cusco; hoy está curado.

Buenos Aires, Noviembre 1º de 1893.

Biblicteca del Circulo Médico Argentino

OBRAS ENTRADAS EN LOS MESES DE SETIEMBRE Y OCTUBBE DE 1893

POR COMPRA

Fournier, Traitement de la syphilis, edicion de 1893, 1 tomo.
Jamain, Petite chirurgie, id 1893, 1 tomo.
Lancereaux, Clinique médicale de 1879-1881, id 1892, 1 tomo.
Lacassagne, Prêcis d'hygiène, id 1875, 2 tomos.
Ziegler, Trattato d'anatomia patologica, id 1891, 1 tomo.
Testut, Traité d'anatomie humaine, id 1893, 3 tomos.
Stöhr, Manuel technique d'histologie, id 1891, 1 tomo.
Ivon, Traité d'analyse d'urine, id 1893, 1 tomo.
Coutaret, Dyspepsie et catarrhe gastrique, id 1890, 1 tomo.
Sée, Thérapeutique Physiologique du cœur, id 1893, 1 tomo.
Bordier, Pathologie comparée de l'homme, etc., id 1889, 1 tomo.
Charcot, *Bouchard*, *Brissaud*, Traité de Medicine, id 1893, 5º tomo.

POR DONACION

Charcot, *Bouchard*, *Brissaud*, Tratado de medicina, traducido al castellano, edicion de 1893, tomo IV.

Tratado de medicina, publicado en París bajo la direccion de los Dres. Charcot, Bouchard y Brissaud, y en castellano de D. Rafael Ulecia y Cardona, con la colaboracion de distinguidos profesores y con un prólogo del Dr. D. Amalio Gimeno y Cabañas. Esta notabilísima obra formará seis voluminosos tomos de variadas dimensiones.

El tomo cuarto (un grueso y elegante volumen de 1.100 págs.), últimamente publicado, comprende: «Enfermedades de la nariz y laringe», por A. Rualt; trad. por D. Juan M. Mariani. «Asma», por E. Brissaud; trad. por D. Isidoro de Miguel y Viguri. «Tos ferina y coqueluche, por P. Le-Gendre; trad. por D. Andrés Martinez Vargas. «Enfermedades de los bronquios»; «Enfermedades crónicas del pulmon; «Enfermedades del mediastino», por A. B. Marfan; trad. por D. José

Aramendia y Bolea. «Enfermedades agudas del pulmon»; «Enfermedades de la pleura», por Netter; trad. por D. Antonio Velazquez de Castro.

Aparece esta importante obra por cuadernos de grandes dimensiones, de 160 páginas, elegantemente impresas y con magníficos grabados. Precio de cada cuaderno, 3 pesetas adelantadas. Se halla en prensa el tomo V.

Se suscribe en la Administracion de la «Revista de Medicina y Cirugía Prácticas», Preciados, 33, bajo, Madrid, y en todas las principales librerías.

Espina, Medicacion y medicamentos cardio-motores, edicion de 1893, 1 tomo.

La *Biblioteca Científica Moderna*, acaba de enriquecerse con una interesantísima obra, que forma el 6º volúmen de los publicados hasta hoy, titulada: «Medicacion y medicamentos. cardio-motores (segunda edicion corregida y considerablemente aumentada), debida á la acreditada pluma del distinguido clínico del Hospital General de Madrid, Dr. D. Antonio Espina y Capo. El índice de tan interesante libro, es el siguiente:

Prefacio: Primera parte.—Preliminares ó bases á la medicacion cardio-motora.—Capítulo I. Clasificacion.—II. Breves reflexiones acerca de la fisiología, patología cardíaca en general —Segunda parte: Medicamentos cardio-motores.—Capítulo I. Caféicos.—II. Alcohólicos.—III. Estrofanto.—IV. Adonis vernalis.—V. Convalaria maialis.—VI. Esparteína.—VII. Sulfato de quinina.—VIII. Cornezuelo de centeno.—IX. Digital. —X. Emisiones sanguíneas.—XI. Medicamentos auxiliares. —Tercera parte: Medicacion cardio-motora.—Introduccion.—Capítulo I. Lesiones funcionales.—II. Lesiones agudas en las túnicas ó en la substancia del corazon.—III. Lesiones crónicas en las túnicas ó en la substancia del corazon: sus indicaciones. —IV. Lesiones del corazon propiamente dichas.—V. Asistolia.

Forma un precioso tomo lujosamente encuadernado en piel, de más de 300 páginas, y se vende en la Administracion de la «Revista de Medicina y Cirugía Prácticas», Preciados, 33, bajo, Madrid, y en todas las principales librerías.

Noceti, Abel R. Estudio sobre la necrosis y su tratamiento, tésis, regalo del autor.

Buenos Aires.

Direccion General de Estadística Municipal

Defunciones ocurridas en la ciudad de Buenos Aires durante el mes de Setiembre de 1893

SEGUN SEXO Y ENFERMEDAD

ENFERMEDADES	SEXOS V.	SEXOS M.	SEXOS Total
A Afecciones generales			
1. INFECCIOSAS, CONTAGIOSAS Y MIASMÁTICAS			
Fiebre tifóidea	2	2	4
Viruela confluente	1	—	1
Sarampion	3	1	4
Escarlatina	2	2	4
Coqueluche	2	6	8
Difteria	8	19	27
Crup	12	12	24
Angina diftérica	1	—	1
Influenza	2	1	3
	33	43	76
2. ENFERMEDADES GENERALES			
Tuberculosis pulmonar	67	36	103
» meningea	9	1	10
» laringea	—	1	1
» mesenterio	—	1	1
» peritoneo	1	—	1
Enteritis tuberculosa	1	—	1
Artritis tuberculosa	1	—	1
Mal de basedow	—	1	1
Adenitis	1	1	2
Escrofulosis	2	1	3
Sifilis infantil	—	4	4
Cáncer	5	2	7
» del estómago	4	2	6
» del hígado	7	1	8
» del pescuezo	1	—	1
» del intestino	1	1	2
» de la mama	—	3	3
» del útero	—	4	4
» del cuello	1	—	1
» de la pleura	—	1	1
» del pecho	—	1	1
Reumatismo	3	—	3
Diabetes sacarina	1	—	1
Raquitismo	1	1	2
Tabes mesentérica	—	1	1
Infeccion purulenta	1	—	1
	107	63	170

ENFERMEDADES	SEXOS V.	SEXOS M.	SEXOS Total
B Afecciones locales, agudas ó crónicas			
1. ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO			
Congestion cerebral	5	7	12
Apoplegia	5	5	10
Hemorragia	6	7	13
Anemia	—	2	2
Meningitis	28	31	59
Embolia	2	—	2
Meningo-encefalitis	—	4	4
Encefalitis	2	—	2
Conmocion cerebral	2	—	2
Mielitis	1	1	2
Reblandecimiento cerebral	1	1	2
Tumor cerebral	1	—	1
Reumatismo cerebral	1	—	1
Tétano traumático	4	1	5
» infantil	12	10	22
Eclamsia infantil	6	10	16
Parálisis general progresiva	3	1	4
Alcoholismo	5	1	6
Paqui meningitis cervical	—	1	1
Meningo medulitis	1	—	1
Hemiplegia	1	—	1
	86	82	168
2. ENFERMEDADES DEL APARATO CIRCULATORIO			
Pericarditis	2	—	2
Endocarditis	1	2	3
Aneurisma de la aorta	6	1	7
Persistencia del agujero de Botal	—	1	1
Flebitis gangrenosa	—	1	1
Hemorragia	2	2	4
» umbilical	—	1	1
Angina de pecho	4	1	5
Vicio orgánico al corazon	30	34	64
Ateromasia arterial	10	4	14
Miocarditis	5	3	8
	60	50	110

ENFERMEDADES	SEXOS V.	M.	Total
3. ENFERMEDADES DEL APARATO RESPIRATORIO			
Laringitis	3	—	3
Bronquitis	42	41	83
Bronco-neumonía	48	38	86
Neumonia	66	70	136
Pleuro-neumonía	3	3	6
Pleuresia	3	—	3
Congestion pulmonar	6	2	8
Asma	3	—	3
Edema de la glotis	4	—	4
» pulmonar	—	1	1
Enfisema pulmonar	2	—	2
Apoplegia pulmonar	2	—	2
Hemorragia pulmonar	1	—	1
Hemoptisis	—	1	1
Espasmo de la glótis	1	1	2
Edema laringeo	—	1	1
Gangrena	1	—	1
Laringitis estridulosa	2	2	4
	187	160	347
4. ENFERMEDADES DEL APARATO DIGESTIVO			
Catarro intestinal	1	—	1
Estrechez del esófago	1	1	2
Gastritis	1	—	1
Gastro-enteritis	9	6	15
Atrepsia	11	18	29
Fiebre gástrica	1	—	1
Indigestion	1	—	1
Enteritis	9	2	11
Entero-colitis	4	1	5
Disenteria	1	—	1
Oclusion intestinal	2	2	4
Enterorragia	—	1	1
Peritonitis	3	4	7
Hernia	1	1	2
Hepatitis	1	1	2
Abceso	2	—	2
Lienteria	1	—	1
Atresia del ano	1	—	1
Cirrosis hipática	1	—	1
» hipertrófica	1	—	1
Angina herpética	1	—	1
	53	37	90
5. ENFERMEDADES DEL APARATO GÉNITO-URINARIO			
Mal de Bright	—	1	1
Cistítis cronica	1	—	1
Metritris	—	1	1
Uremia	1	1	2
Nefritis	12	5	77
Abceso pelviano	—	1	1
Pielo-nefritis	1	—	1
	15	9	24
6. ENFERMEDADES DE LA PIEL Y TEJIDO CELULAR.			
Erisipela	1	1	2
Eczema difuso	1	1	2
Ectimia	—	1	1
	2	3	5
7. ENFERMEDADES DE LOS ÓRGANOS DE LA LOCOMOCION			
Mal de Pott	1	—	1
Coxalgia	1	—	1
	2	—	2
8. AFECCIONES PUERPERALES			
Fiebre	—	5	5
Hemorragia	—	1	1
Septicemia	—	1	1
	—	7	7
C Muertes accidentales ó violentas			
Asfixia por sumersion	9	—	9
Heridas	14	—	14
» por arma de fgo.	4	—	4
Ustion	2	—	2
Fracturas	3	—	3
Repentinamente	—	2	2
Traumatismo	5	2	7
Síncope	1	1	2
Asfixia por penetracion de sangre en la tráquea	1	—	1
	39	5	44
D Nacidos muertos ó muertos poco despues de nacer			
Debilidad congénita	13	10	23
Nacidos muertos	54	61	115
Compresion del cordon	—	1	1
Icteria	1	—	1
	68	72	140

ENFERMEDADES	SEXOS		
	V.	M.	*Total*
E Sin clasificacion			
Anemia	—	3	3
Prolapsus	1	—	1
Marasmo	2	—	2
Consuncion	3	4	7
Ulcera	—	1	1

ENFERMEDADES	SEXOS		
	V.	M.	*Total*
Caquexia	2	2	4
Angina	1	—	1
Septicemia	1	1	2
Senectud	4	2	6
Hipertrofia	1	—	1
Esclerosis	1	—	1
Estenosis	—	1	1
Sin especificacion	4	2	6
	20	16	36

RESÚMEN

VARONES	MUJERES	*Total*
672	547	1219

Año XVI—1893 BUENOS AIRES Tomo XVI—Nº 12

Anales del Círculo Médico Argentino

DICIEMBRE DE 1893

Crónica del Congreso Médico Pan-Americano de Washington

Por el **Dr. Agustin M. Fernandez de Ibarra**

Corresponsal del Círculo Médico Argentino en Nueva York

194 West, 10 th. Street, New York, Octubre 7 de 1893.

Señor Doctor don Samuel Gache, Director de los Anales del Círculo Médico Argentino.

Buenos Aires.

Estimado comprofesor y amigo:

Voy á darme el gusto de acceder á la solicitud de Vd., escribiendo una extensa carta-correspondencia para su ilustrado periódico, sobre el primer congreso médico pan-americano que acaba de celebrarse en la capital de esta gran República, con éxito brillante.

Unos mil doscientos á mil trescientos médicos asistieron á esa instructiva y agradable reunion profesional, entre los cuales se hallaba el representante de Vds., Dr. D. Pedro Lagleize, delegado oficial del gobierno de la Argentina, con quien tuve despues el placer de hacer una larga excursion por las principales ciudades de este país y de la cual en otra carta hablaré en detalle. Tambien concurrieron al Congreso representantes de las Repúblicas del Perú, Venezuela, Colombia, Costa Rica, Méjico, Guatemala, Haití, el dominio del Canadá, las Antillas Británicas de Trinidad y Jamaica, y de las colonias españolas, mi maltratada pátria nativa la Isla de Cuba.

Segun se habia anunciado préviamente, tuvo lugar en la ciudad de Washington el dia 5 del mes próximo pasado, con toda solemnidad, á la par que con democrática sencillez,—como adecuado era á una clase de hombres cultos que conoce mejor que nadie las miserias físicas y morales de la humani-

dad, y que se encontraba allí reunida evolucionando en la capital de la nacion más libre y feliz de la tierra,—la sesion inaugural del primer Congreso médico intercontinental americano.

El amplio y elegante teatro de Albaugh era estrecho para contener no solo la numerosa concurrencia de representantes de nuestra profesion, sino tambien de otras muchas personas ajenas á ella, entre las cuales no faltaban señoras y señoritas que venian á presenciar, llenas de legítimo entusiasmo, el acto sencillo, pero imponente, con que la clase médica de todo el continente americano se propuso honrar la memoria de su inmortal descubridor. El escenario se hallaba ocupado por el Presidente de los Estados Unidos, Mr. Cleveland, que tenia á su derecha al Profesor William Pepper, de Filadelfia, Presidente del Congreso, y á su izquierda al Reverendo William Paret, Obispo de la iglesia protestante episcopal del Estado de Maryland, y más atrás ocupaban asientos el Secretario y Subsecretario del mismo, el Presidente de la Comision de Orden, el Presidente del Comité Ejecutivo, el diputado al Congreso Nacional de los Estados Unidos por el Estado de Kentucky, Mr. James B. Mc. Creary, el Honorable John W. Ross, Presidente de la Junta de Comisionados que gobiernan el Distrito Federal de Columbia, en el que se halla la ciudad de Washington, los delegados oficiales extranjeros y nacionales, y otras varias personas prominentes del Gobierno americano y de la alta sociedad de la capital de la República.

A las diez de la mañana dió principio la sesion con una apropiada rogativa por el Obispo episcopal de Maryland, y terminada esa breve ceremonia religiosa (que en este país siempre precede á las grandes reuniones públicas), se adelantó el Presidente de los Estados Unidos, hasta llegar al centro del frente del escenario, y con estilo sobrio, prolacion mesurada y correcta pronunció la siguiente alocución:

«La parte que se me ha asignado en esta asamblea exige que me exprese en muy pocas palabras. Ella, sin embargo, me ofrece la oportunidad de manifestar públicamente lo muy agradecido que estoy al verme de algun modo relacionado con una reunion como esta, convocada con los propósitos más nobles y elevados. Confio en que se me permitirá agregar que la proteccion de la salud pública, y la prevencion de las enfermedades contagiosas, son asuntos adecuados para tratarse en

la capital de una nacion que aprecia en todo lo que vale la gran importancia de cuanto ayuda á estrechar las relaciones mútuas de los paises civilizados, y á hacer que el comercio entre ellos sea fácil y seguro. (Aplausos.) Es tambien asunto apropiado que aquellos que tienen la mision de salvar las vidas humanas, y aliviar sus sufrimientos, discutan la mejor manera de lograr tan benéficos fines en el lugar donde tiene su asiento un gobierno cuya primordial atencion es cuidar del bienestar y felicidad del ciudadano como individuo (Aplausos). Solo me resta declarar abierto este Congreso panamericano, para el objeto á que ha sido convocado.»

Este conciso discurso de Mr. Cleveland, que he procurado vertir fielmente al castellano, dió lugar á una salva de ruidosos aplausos, y apenas disipados éstos, el Presidente del Congreso presentó al público el Comisionado de la Junta de gobierno del Distrito federal de Columbia, Mr. Ross, que dió la bienvenida á los miembros del Congreso en expresivas y elocuentes frases, animadas de un fervoroso patriotismo *americano* (de toda la América); siguióle luego el Dr. Pepper con une breve alocucion, en la que expuso á grandes rasgos el objeto y alcance general del Congreso.

El Dr. James C. Philippo, de Kingston (Jamaica), en nombre de las Antillas británicas, pronunció un gracioso y genial discurso, que dió ocasion á la primera demostracion de risa de la concurrencia, con su picaresca alusion al gran consumo que se hace en este país del ron de Jamaica y su socarrona sátira del mal estado sanitario de las ciudades antillanas.

Siguió despues el Honorable James B. Mc. Creary, Presidente de la Comision de relaciones exteriores de la Cámara de Representantes de los Estados Unidos, á cuya iniciativa y ferviente apoyo el Congreso médico debia la aprobacion del *bill* por el cual el Gobierno americano lo acogió favorablemente y puso bajo su proteccion, haciendo además una apropiacion de $ 15.000 para festejar á los delegados extranjeros. Hizo referencia el patriota orador á la conferencia internacional americana, que tres años há se celebró tambien en Washington, y manifestó el deseo de que estas reuniones pan-americanas tuvieran efecto con mayor frecuencia.

El Dr. F. Montizambert, de Quebec, representante del Canadá, y el Dr. Juan J. Ulloa, de Costa Rica, hicieron uso de la palabra, por invitacion del Presidente del Congreso, expre-

sando ambos su entusiasta adhesion y haciendo votos por la prosperidad y felicidad de los Estados Unidos, y por que se lograse estrechar más las relaciones mútuas de higiene marítima, sanidad y cuarentena de todos los países de América.

El Dr. James F. Hibberd, del Estado de Indiana, actual Presidente de la Asociacion Médica Americana, en cuyo seno nació este Congreso pan-americano, dijo que esperaba que algun dia se uniera toda la profesion médica de este hermoso continente en una sola, grande y poderosa comunidad.

El Secretario general del Congreso, Dr. Charles A. L. Reed, de Cincinati (Ohio), manifestó que el Congreso, tal cual allí se hallaba, constituia el mejor informe que él podia presentar de su organizacion. En los dos manuales oficiales (uno en inglés y el otro en español) que se habian distribuido á los miembros del Congreso, se hallaban todos los datos necesarios. Dió un voto de gracia al Senador John Sherman, que gestionó la aprobacion en la Alta Cámara del *bill* á que hice antes referencia, al hablar del diputado Mc. Creary. Debido á ese acuerdo unido del Senado y la Cámara de Representantes, el Congreso médico pan-americano se hallaba bajo la directa proteccion del Gobierno, y constituia por medio de los delegados oficiales, nacionales y extranjeros, la representacion genuina de 150.000 médicos americanos.

La pièce de résistance fué el trabajo leído por el profesor Francisco A. Risquez, de la Universidad de Caracas, Venezuela, sobre «La flora de América en sus relaciones con la Medicina práctica». Segun estaba anunciado en el programa oficial, en lugar de una disquisicion científica, este trabajo debió ser una *alocucion*, esto es, un discurso breve; pero no fué así, pues su lectura duró hora y media, y la concurrencia principió á abandonar sus asientos mucho antes que el Dr. Risquez terminase. Hubo otra circunstancia que contribuyó á este desagrado del público, y fué que la disertacion estaba escrita en inglés, y la pronunciacion del comprofesor venezolano, que no conoce á fondo ese idioma, era en verdad *muy cruda*. Y fué una lástima, porque el profesor Risquez nos presentó un interesante catálogo de remedios vegetales nativos de la parte Sur de este continente, las propiedades terapéuticas de algunos de las cuales no son generalmente conocidas de los médicos de este país. Concluyó expresando su deseo de que se formase una sociedad para estudiar la flora

americana en sus relaciones con la práctica médica, la cual tuviese residencia fija en este país y ramas sucursales ó corresponsales en los otros países de América.

Con esta instructiva disquisicion terminó la sesion inaugural del Congreso.

SEGUNDO DIA—MIÉRCOLES 6 DE SETIEMBRE

La segunda sesion general dió principio á las 9 ½ de la mañana del siguiente dia, con una plegaria por el muy Reverendo P. J. Garrigan, Vice-rector de la Universidad Católica de América, situada en la ciudad de Washington.

Hicieron luego uso de la palabra: el doctor Victor L. Gilles, en francés, como representante de la República de Haití; el doctor Gregorio Mendizábal, de Orizaba (Méjico), en español, y á nombre del gobierno de su patria; el doctor Manuel A. Muñiz, Cirujano general y Jefe de Sanidad Militar de la República del Perú, en español. Ocupó luego la tribuna el profesor Rafael Lavista, el Cirujano de mayor reputacion de la ciudad de Méjico, y Catedrático de clínica quirúrgica en la Escuela Nacional de Medicina de aquella república, para dar lectura, en inglés, al discurso oficial de la segunda sesion general. El tema de su disertacion fué: «Gangrena: su patología, sintomatología y tratamiento».

La gangrena, dijo, puede dividirse en dos variedades, séptica y aséptica. Limitó su atencion, sin embargo, á la forma aguda que se presenta espontáneamente; describió su desarrollo y sus efectos patológicos, comenzando por la primera alteracion que sufre el endotelio del vaso sanguíneo, y terminando por su oclusion completa. Hizo alusion á las diversas modificaciones del proceso patológico, detallando minuciosamente las peculiaridades anatómicas de cada una de ellas. Presentó un análisis de los síntomas y signos de la variedad de la enfermedad, de la cual en particular trataba, y concluyó haciendo una relacion de los métodos generales de tratamiento, inclusos los procederes quirúrgicos modernos.

Aunque el conocimiento del idioma inglés del doctor Lavista, no es superior al del doctor Risquez, sin embargo, como hombre de mayor edad y experiencia mundana, el profesor mejicano tomó sus precauciones para evitar que le sucediese lo que al impetuoso é ilustrado jóven venezolano. Así fué

que por consejo mio, solo leyó, de trecho en trecho, la mitad de su docto y extenso escrito; me lo leyó á mí antes en privado, corrigiéndole yo la pronunciacion de muchas palabras y, por último, llegado el momento supremo, procedió á efectuar la lectura con deliberada calma y sangre fria. Resultado: que todos los oyentes lo entendieron, la concurrencia no se intranquilizó, y el disertante recibió al terminar un aplauso estrepitoso y continuado.

Se me olvidaba decirles á ustedes que despues del doctor Muñiz, delegado oficial del Perú, hizo uso de la palabra el doctor Lagleize, representante de la para mí muy simpática y progresista República Argentina, manifestando su contento al hallarse presente y tomar parte en el Congreso, á la vez que se hacía eco de los buenos sentimientos de amistad que animan á su gobierno, por el gobierno de esta gran República norte-americana.

El doctor Pepper manifestó que con objeto de continuar el trabajo intercontinental tan brillantemente inaugurado, proponía que el Comité Internacional del Congreso quedase autorizado para pedir al gobierno de las distintas naciones allí representadas, su apoyo para conseguir estos tres importantes fines: primero, adoptar leyes generales y comunes de medicina preventiva; segundo, el establecimiento de una sola farmacopea oficial para toda la América; tercero, el mejoramiento general de los estudios de medicina. Quedó adoptada la proposicion y terminó la segunda sesion general.

RECEPCION EN LA CASA BLANCA

Á las 5 de la tarde de ese mismo dia 6, el Presidente de los Estados Unidos dió una recepcion en su morada privada, llamada la Casa Blanca, á los miembros del Congreso y sus familiares. En el vestíbulo de la mansion presidencial se hallaba la banda de música de la marina que tocaba los himnos y aires nacionales de los distintos países de la América, y en el Salon del Este (East Room) estaba el Presidente de pié, rodeado de las esposas de los Ministros de Estado, de Hacienda y de Correos, tambien de pié. Al pasar en fila por delante del primer magistrado de la República, los miembros del Congreso Pan-Americano y sus esposas, hijas, etc., eran presentados por el Coronel John M. Wílson, del ejército de los

Estados Unidos, y el Director-médico de la Armada Dr. Albert L. Gibon, que hablan el español. Mr. Cleveland y las señoras Gresham, Carlisle y Bissell, estrechaban afectuosamente la mano de cada persona presentada, cambiando el Presidente algunas frases con varios miembros del Congreso, que ya le habian sido presentados antes, ó á quienes conocia de reputacion. Despues de presentados, iban todos recorriendo la mansion presidencial con entera libertad, ya paseándose de salon en salon, ya examinando los cuadros y objetos de arte, escudriñando el extenso invernadero ó recorriendo el jardin, ni más ni menos que si estuviesen visitando la residencia de un antiguo amigo.

¡Ah, qué democrática llaneza tan encantadora! ¡Cómo contrastaba aquella sencillez con la vana pompa militar, el lujo de fuerza, la arrogancia del despotismo y las genuflexiones del servilismo de un «besamanos» de rey, príncipe, potentado ó tan siquiera de un simple capitan general ó gobernador de una provincia!

Para que formen Vds. todavia una idea más exacta del poco caso con que en este democrático país se miran los adornos exteriores del individuo, sólo agregaré que la gran mayoría de los médicos concurrentes á esta recepcion del Jefe Ejecutivo de una nacion laboriosa, rica y poderosa de 63.000.000 de habitantes, no llevaba frac, estando ataviados exactamente como cuando asistian á las sesiones del Congreso. Lo cual, segun nuestro afrancesado y pedantesco criterio respecto á cuestiones de etiqueta, es casi equivalente á un sacrilegio. ¿Necesita un caballero el frac para portarse como tal? O teniéndolo puesto el que no lo sea, ¿se conducirá como caballero por arte de birli birloque?

TERCERA SESION GENERAL

Esta sesion tuvo lugar á las 8 de la noche del dia 6, en el hermoso y elegante salon de conciertos llamado Metzerrott Music Hall. Estaba dedicada exclusivamente á la lectura del discurso oficial del Presidente del Congreso, que prefirió leer su escolástica disertacion á una hora en que el número de oyentes extraños al Congreso Médico fuese mayor, pues hallándose en sesion durante el dia las dos Cámaras del Congreso Nacional, era mas factible que algunos de sus miem-

bros concurriesen por la noche, así como tambien los altos empleados de las varias oficinas del Gobierno y otras personas ocupadas durante el dia.

Concluido el discurso, que duró cerca de dos horas, los delegados extranjeros, los oficiales del Congreso y las personas prominentes que habian recibido invitacion particular pasaron al salon de los ensayos, donde fueron obsequiados con refrescos, dulces y helados, sin faltar el espumoso champagne, retirándose la concurrencia poco despues de las 11 de la noche.

TERCER DIA—JUÉVES 7 DE SETIEMBRE

La cuarta sesion general del Congreso tuvo lugar en el teatro de Albaugh, á las 9 1/2 de la mañana del dia 7. Despues de la acostumbrada ceremonia religiosa de apertura, que en esta ocasion estuvo á cargo del Reverendo George Elliott, de la protestante iglesia metodista, el Dr. Rivero Saldivia, de Venezuela, fué el único representante de Hispano-América que contestó á la invitacion hecha por el Dr. Pepper para que hicieran uso de la palabra los varios delegados de los paises anunciados en los dos Manuales Oficiales del Congreso, en los cuales se publicó el programa general.

El orador venezolano manifestó el placer que sentia al formar parte de tan ilustrada asamblea, haciendo presente el entusiasmo con que al volver á su país respectivo, cada delegado extranjero, orgulloso de su noble profesion, se dedicaria á combatir los males de la doliente humanidad, y concluyó dando las gracias en nombre de su gobierno, al gobierno de este país, por su atencion en invitarlo para que enviase delegados al Congreso. El Dr. Rivero Saldivia es el nuevo Cónsul general de Venezuela en esta ciudad de New York, y persona de agradable trato.

El Dr. Pepper presentó en seguida al Dr. Ernest Hart, de Lóndres (Inglaterra), el ilustrado y hábil Director del *British Medical Journal*, quien pronunció el discurso oficial de aquella sesion, segun se habia ya anunciado en el programa. El tema que eligió fué «Moral médica».

«Ningun médico hoy en dia, dijo, puede lograr abrirse paso en su carrera sin estos tres elementos que ha de llevar consigo: conocimiento, industria y moralidad. Sin el primero,

ninguno puede esperar hacer progresos; sin el segundo, el avance le es imposible; y sin el tercero, si el médico al fin lograse con los otros dos elementos abrirse paso, no podrá nunca ser feliz ni estar contento.

«Si existió alguna vez la necesidad de un Código de moral médica, es hoy en dia que la mal egoista competencia nos asedia por todas partes, y cuando hay médicos poco escrupulosos que sacan gran provecho pecuniario anunciando embozadamente sus habilidades en los periódicos. Ese Código, tal cual ahora existe, se halla basado en un fuerte y lógico fundamento moral, pues aprovecha tanto á la profesion médica en sí como al público en general, y acatado es la realizacion de la gran ley de oro que manda que no se haga á otro lo que no quisiéramos que á nosotros se nos hiciese.»

El Dr. Hart continuó defendiendo calorosamente los principios de moral médica, comparándolos con los que rigen entre abogados, la esencia de los cuales no es en realidad otra cosa que la conducta de los miembros de ambas profesiones como cumplidos *caballeros*. Definió la palabra, charlatan (*quack*), haciendo la aclaracion de que existen dos clases de médicos charlatanes,—una sin diploma y la otra con diploma. En esta última clase incluyó á los homeópatas, y á aquellos comprofesores que siempre están dispuestos á ventilar en la prensa diaria los mas recientes métodos y procedimientos curativos, el estado diario de algun alto personaje enfermo á su cuidado, ó que se hallan interesados, directa ó indirectamente, en la venta de alguna medicina patentada.

Manifestó el elocuente orador inglés que entre los que ejercen la abogacia existen individuos sin pudor y sin conciencia (*shysters*), especie de abogados de boardilla ó solapados picapleitos, á quienes les importa un bledo la moral profesional. Así tambien en la profesion médica hay párias, que la desacreditan y deshonran. Dilucidó por último, las obligaciones del médico respecto á sus compañeros de profesion, sus clientes y el público en general.

El Dr. Hart fué muy aplaudido durante el curso de su peroracion, y al terminar recibió una verdadera ovacion.

El Dr. Pepper presentó una resolucion recomendando la completa restriccion de inmigrantes de Europa, durante la actual epidemia de cólera en aquel continente, ya adoptada en la Seccion de higiene marítima y cuarentena, la cual pasó á

informe del Comité ejecutivo internacional del Congreso, y con esto concluyó la sesion.

CUARTO DIA—VIÉRNES 8 DE SETIEMBRE

La quinta y última sesion general del Congreso se verificó en el teatro de Albaugh, á las 11 de la mañana del viérnes, dia 8. La ceremonia religiosa de apertura estuvo á cargo del Reverendo Byron Sunderland, de la iglesia protestante presbiteriana. El profesor J. B. de Lacerda, de la Universidad de Rio Janeiro, Brasil, que estaba anunciado pronunciaria el discurso oficial de aquella sesion, no pudo concurrir al Congreso debido á la guerra civil que aflije en la actualidad á su pais. En su lugar el Dr. Alfredo Garcés, de la República de Colombia, pronunció en español un breve pero agradable discurso, en el que dió las gracias en nombre de su pueblo y de sus compañeros de profesion de Colombia, al gobierno, al pueblo y á los médicos de los Estados Unidos, de los cuales tantas demostraciones de amistad y hospitalidad habian recibido él y sus dos compañeros colombianos, los Dres. Vargas Paredes y Gutierrez.

El secretario general del Congreso leyó el informe que presentaba el Comité ejecutivo internacional, que habia celebrado sus sesiones en las tardes de los tres dias anteriores. Este informe es un documento de considerable estension, por lo cual no me detengo á hacer de él un pormenor, limitándome á manifestar que entre las resoluciones que adoptó quedó elegida la ciudad de Méjico como el lugar de reunion del segundo Congreso médico pan-americano, que se verificará el año 1896, si no se celebra ese año en Europa el Congreso médico internacional, ó el 1897 si se celebrase este último en 1896.

Hablaron despues, en alocuciones de despedida, manifestando su entusiasmo y gratitud, el Dr. Phillipo, el Dr. Ernest Hart, á nombre de los médicos europeos invitados, y el Dr. Lavista en representacion de los miembros latino-americanos. Ninguno de ellos habló más de cinco minutos.

Con unas cuantas apropiadas palabras del Dr. Pepper, quedó terminada la ceremonia de clausura del primer Congreso médico pan-americano, á las 12 1/2 de la tarde del viérnes.

La tarde del dia anterior, á las 6 1/2, hubo una agradable excursion por el histórico rio Potomac, en el hermoso vapor de ruedas «Columbia», que llevaba cerca de mil personas á bordo y la banda de música de la Marina, que es la banda oficial de músicos del Presidente de los Estados Unidos. Volvimos de la excursion á las 10 de la noche, despues de haber participado de una excelente cena á los acordes de armoniosas sonatas.

A la 1 1/2 de la tarde del viérnes, esto es, una hora despues de clausurado el Congreso, salíamos de Wasinghton en un tren especial de lujosos coches palacios, los oficiales del Congreso y los delegados extranjeros, en una excursion por el país que habia de durar once dias, y en la cual íbamos á recorrer las ciudades de Baltimore, Filadelfia, Nueva York, Boston, Saratoga, Albany, las famosas cataratas del Niágara, Detroit, Cincinati y Chicago, visitando en cada una de ellas los hospitales, escuelas de medicina, asilos, hospicios, estaciones de cuarentena, etc., etc.

Así se hizo en efecto, de una manera *régia* (ese es el calificativo que le corresponde), llegando á Chicago el mártes 19 de Setiembre á las 9 de la mañana. Como ya dije antes, trataré con una subsecuente correspondencia de dar á ustedes cuenta detallada de este instructivo paseo, con el cual obsequió el Gobierno americano á los delegados extranjeros que asistieron al Congreso.

El resto de las horas que dejaban libre las sesiones generales, se dedicaban á la lectura y discusion de los trabajos puramente científicos, en las diferentes secciones en que estaba dividido el Congreso. Estas secciones se reunian en distintos puntos de la ciudad, y su gran número (22) resultó un obstáculo para que todos ellas se vieran bien concurridas; por consiguiente, tuvieron que incorporarse en una sola dos ó más de ellas, á pesar de que el número total de los trabajos leídos es de varios centenares. La lectura de cada uno de ellos, segun reglamento, no habia de pasar de 20 minutos, y si excedia de ese tiempo se leia tan solo en extracto, ó meramente el título y el nombre del autor.

A mí me hicieron el grande é inesperado honor de nombrarme Subsecretario general ejecutivo del Congreso, y encargarme por entero de la redaccion de los dos Manuales oficiales (uno en inglés y el otros en español), en los que se

hallan reunidos en forma de libro el programa general detallado, el reglamento, la historia de la formacion del Congreso, lista de todos los oficiales y comisionados, organizacion completa de las 22 secciones y un extracto bastante extenso de casi todos los trabajos que se iban á leer en el Congreso. Además, tenia yo que desempeñar los deberes de mi antiguo nombramiento de Secretario de la Seccion de Anatomía.

No quise, sin embargo, que todos estos compromisos me privasen del placer de contribuir de un modo más directo con mi grano de arena al buen resultado de tan loable empresa, y escribí dos modestos trabajos en inglés, uno, titulado «La parte que tomó la profesion médica en el descubrimiento de América», que leí el dia 7 ante la Seccion de Medicina General, y el otro, «Las heridas del rifle Mannlicher en la reciente guerra civil de Chile», que leí tambien el dia 7 ante la Seccion de Medicina y Cirugia Militares, presidida por el Cirujano general del ejército de los Estados Unidos. Ambos trabajos los escribiré y publicaré en español, si tengo tiempo para ello.

De Vd. affmo. amigo y compañero

AGUSTIN M. FERNANDEZ IBARRA.

La reaccion conservativa en Ginecología

Por el **Dr. Perez Iglesias**

Apenas el estudio del microcosmos empezó á dar su fruto eliminando del campo de la cirugía esa formidable complicacion que se llama septicemia, cuando el fanatismo antiséptico infiltrado en el intelecto de una gran parte de cirujanos, dió como resultado inmediato inaugurar las estadísticas, especie de piezas de conviccion de una série de aventuras, justificables unas é ilógicas otras.

En pleno vértigo de intervencion quirúrgica, ébrio el pensamiento, la razon desvanecida por los vapores del amor propio y la fascinacion de la estadística, todos han querido ser más y amontonar más séries y más números y más éxitos, y henos aquí con una estadística final que difícilmente resuelve nada,

ni responde á formar cuerpo de doctrina, porque le falta la clasificacion metódica de los hechos y el resultado exacto que se ha obtenido mediante las intervenciones practicadas.

Con un maremagnum tal de números, unas séries tan contradictorias en resultados y una fiebre quirúrgica tan alta, necesariamente debia esperarse una reaccion recia, dura, borrascosa, y es eso lo que ha pasado, y esa es la reforma á cuya cabeza se hallan ginecólogos tan distinguidos como Spencer Wells, que quizás sea saludable aboliendo el abuso, pero podria dar funestos resultados si el fanatismo se encarga de proclamar como lema la proscripcion de todo procedimiento quirúrgico, dejando la ginecología reducida al arte de aplicar tintura de iodo, nitrato de plata ó tapones de glicerina como medio ecxlusivo de curar las afecciones útero-ovaso-salpingianas.

El estudio analítico de una reaccion surgida, sea en el campo de la filosofía como de la política, la moral ó la medicina, es á no dudar un asunto muy intrincado, ya que el escalpelo de la crítica es necesario, manejarse con una habilidad esquisita y una serenidad de ánimo á toda prueba, no de otro modo fuera imparcial el juicio emitido sobre el punto en litigio, y sin imparcialidad no hay exégesis ni crítica racional.

No hay doctrina por errónea que sea, ni reaccion por irracional que resulte á primera vista, en cuyo fondo no exista algo de verdad, verdad por supuesto relativa ó convencional, que en último término es la que por hoy conocemos, incluso en las ciencias que se llaman exactas, cuya base—la unidad—no es en sana lógica sino una cosa tan convencional, como todas las demás de que parten el resto de los conocimientos humanos.

Y es el convencionalismo el motor de las reacciones y la clave de la pluralidad de sistemas y el orígen de la diversidad de costumbres. Y es el convencionalismo, el que nos dá una norma moral, perfectamente distinta á la que profesa otro grupo étnico, y el que nos impone deberes á unos que son derechos en otros y el que, en fin, rige y gobierna esta máquina social, donde cada sér describe su órbita, y donde cada intelecto aporta á la masa comun los conocimientos que ha adquirida, segun el meridiano que le tocó recorrer en ese círculo eterno que empieza y acaba en el infinito.

He aquí el por qué de la mutabilidad de sistemas y teorías,

y debe ser así, ya que *si conociéramos una sola cosa en absoluto, lo conoceríamos todo, pues que lo absoluto no tiene gradaciones.* Pensamiento sublime del inmortal Cl. Bernard, cuya trascendencia filosófica debiera infiltrarse en el intelecto de aquellos cuya soberbia los conduce á la idea de la sabiduría suprema.

Mas sin llegar á lo absoluto, girando por ley fatal quizás en estrecho círculo, es forzoso disminuir nuestra pequeñez, y comparando y experimentando, reunir bajo una misma clave aquellos hechos más semejantes ó aquellos fenómenos que se producen en iguales condiciones, para formar una doctrina racional y alejar una vez por todas la anarquía, cuyo efecto próximo me parece ser cuando menos una traba inmensa al progreso, y un retraso notable en la evolucion de la ciencia.

Quizás estas consideraciones me han apartado del punto á discutir, pero no me parecen impertinentes á guisa de preámbulo, y es posible que llenen un objeto práctico en la discusion de la reforma que se inicia en el campo de la Ginecología.

Lo primero que llama la atencion del que estudia esta especialidad desde sus primeros pasos hasta el momento actual, es el exclusivismo con que se ha juzgado todo lo que á dicho ramo del saber pertenece. Y es así como la terapéutica, reflejo fiel de las ideas reinantes, ha perseguido la causa general ó la lesion macroscópica, elevando á la categoría de entidades nesológicas, síntomas tan solo de procesos definidos.

La úlcera del cuello con todas sus variedades, el capítulo metrorragias, la dismenorrea, la leucorrea, etc., etc, son otras tantas pruebas auténticas de errores de interpretacion, y eso mismo ha pasado con las linfangitis y las adeno-linfitis que mi malogrado maestro y amigo Dr. Martineau describia no há muchos años, y que Championnière estudiaba tambien como verdaderas entidades clínicas. ¡Cuántos pretendidos ganglios del istmo del útero no hemos explorado en aquellos tiempos que no eran realmente sino ovarios en prolapsus!...

Consecuentes con sus teorías localistas y generalistas, cada cual dirigia sus esfuerzos á combatir la lesion anatómica ó á influenciar el estado general; y mientras unos intervenian con los cáusticos y el termo-cauterio, otros se confiaban ciegamente al hierro, al arsénico, al aceite de bacalao, la glicerina, la tintura de iodo, esperando pacientemente el fin de la afeccion, y colocando á las enfermas en iguales condiciones

que se halla un barco de vela en medio de un mar en completa calma.

Sí: todos esos medios son útiles y llenan indicaciones determinadas, pero en práctica no hay metritis ni salpingitis, sino metriticas y enfermas de trompas ú ovarios, y así como cada cardíaco tiene su fisonomía particular y su tratamiento racional, y el tifoideo necesita unas veces la medicacion antiséptica, otras la antitérmica, muchos la cardio-vascular, otras la tónica y algunas la espectante, no hay razon para prescindir de estos principios de alta clínica en ginecologia y tratar sistemáticamente todas las metritis por el raclaje, y las salpingitis por la laparotomía, y los fibromas por la histeroctomia ya abdominal ó vaginal.

La impunidad próxima, no autoriza la intervencion sistemática, y por muy insignificante que sea la mortalidad de una operacion, por muy poco riesgo en que ponga la vida de una enferma, es fuerza contar con la probabilidad de supervivencia si no se hubiera intervenido y el beneficio positivo que para el porvenir puede reportar á la paciente dicha intervencion.

Es por olvidar este precepto de sana lógica, que cirujanos distinguidos han inaugurado *séries* de las que resulta una verdadera derrota quirúrgica, y cuya sola enseñanza consiste en que no siempre la audacia es propiedad de pensadores concienzudos, ni redunda fatalmente en pro de los enfermos.

A este propósito recordaré á mis lectores, el desastre completo de la *pilerectomía* y demás intervenciones por cáncer del estómago, pues sobre un total de 143 observaciones que tengo á la vista, procedentes de las clínicas de Billroth, Bergman, Hahn, Ratimoff, Conor, Bardeleben, Roosander, Rawdon, Lücke, Czerny, Mikuliez y otros distinguidísimos cirujanos, resulta que ha habido 100 muertos y 43 curaciones de las que 16 figuran en el rubro de éxitos operatorios tan solo y 27 en el de definitivos, incluyendo aún entre éstos, una de Czerny y otra de Billroth, sin detalles post-operatorios.

Si á esto se añade que la mayor parte de las defunciones han ocurrido en los primeros dias que sucedieron á la operacion, me creo eximido de entrar en más comentarios.

Fuera inútil seguir relatando estadísticas como las de Richelot y algunos cirujanos franceses, á propósito de la histerectomía por cáncer avanzado del útero; pero quede sentado

que se desprende de ellas, cuando menos, lo inútil de las intervenciones, cuando no la precipitacion de la muerte despues de intentadas.

Pero no ha de ser el cáncer solo quien debe entrar en estudio dentro del abuso quirúrgico, ya que en procesos de terminacion fatal cualquier medio por aventurado que sea encuentra cierta justificacion. Las afecciones de trompas y ovarios y los fibromas del útero, han sido el gran stock, de donde han salido las series de laparomía, cuyo análisis interesa á mi estudio.

La patología de los anexos, era punto bien oscuro hasta hace diez años, y gracias á mi distinguido maestro y amigo L. Tait, las enfermedades de las trompas ha tomado el puesto de entidades morbosas definidas, y aún cuando por el momento no es de absoluta nitidez la cuestion etiológica y hay un poco de oscuridad en cuanto al diagnóstico diferencial, á pesar, digo, de todo esto, conocemos en general las enfermedades de los anexos, y el cirujano habituado puede en muchas ocasiones distinguir una salpingitis catarral de una vejetante, ó un pio de un hemato-salpinx.

Semejante adelanto en la nosografía, claro es que se debe absolutamente á la intervencion quirúrgica, ya que por ella se nos permite hacer una autopsia *in anima vili*, y podemos controlar los signos, tanto subjetivos cuanto objetivos, á favor del exámen anátomo-patológico de los órganos extirpados.

Pero todo tiene su justo límite, y no cabe dentro de la lógica sistematizar sin razon, ni ser absoluto porque sí. Es esto lo que ha originado la reaccion conservatriz y como siempre el abuso trae como consecuencia racional el desuso ó la proscripcion.

¿Quién puede desconocer la incontestable superioridad en determinados casos de la terapéutica quirúrgica sobre la farmacologia?

Desgraciadamente eso es verdad y digo por desgracia, porque es indudable que es la deficiencia en nuestro conocimientos los que nos hace necesitar de los medios físicos materiales, como supremos recursos, y prescindir de los dinámicos, cuyo papel extraordinario, pues que debe—sirviendo á despertar unas veces ó ayudar otras los medios de que dispone la naturaleza—llegar al fin de curar, que en último término no es mas

que reponer los órganos y las funciones, al equilibrio normal que la causa A ó B les hizo perder.

Sin prejuzgar ni discutir sistemas filosóficos, ni abordar el intrincado problema de vitalismo y positivismo, es lo cierto que los estudios de último momento á propósito de las propiedades de la materia viviente, abren nuevos horizontes á la terapéutica, y la *fagocitosis de la célula* y sus *funciones quimiatoxicas*, y su manera de reaccionar bis á bis de los agentes exteriores, nos hacen entrever un mar de sorpresas, fecundas seguramente en enseñanza para el porvenir.

Probablemente la *hiper-fagocitosis* y la *hipo-fagocitosis* juegan un papel importante en los fenómenos de neoformacion celular, y quien sabe sino está próximo el dia, en que teniendo á nuestro alcance medios para regular á voluntad esos actos de funcion, vaya disminuyendo el imperio del bisturí, y la conservacion como ideal, llegue al terreno de la realidad.

Mas por el momento, es forzoso ir de acuerdo con lo que la práctica exige y no sacrificar la verdad á la teoria más ó menos verosímil.

Sí; la salpingecomia, la operacion de Tait, la miomectomia, tienen sus indicaciones, y fuera absolutamente inútil querer enmascarar los hechos, porque éstos tienen suficiente fuerza para imponerse *per se*.

Enfrente de un pio ó un hemato-salpinx, enfrente de un fibroma voluminoso, ó de un mioma que aunque de pequeño calibre pone en grave riesgo la vida de una enferma, ya sea por las hemorragias violentas que produce imposibles de dominar con el raclaje, la castracion, etc. etc., ya por ese estado caquético que originan ó por la perspectiva de una degeneracion del miocardio, el cirujano no debe trepidar y dispuesto á cuantas eventualidades trae en sí y en su pos una intervencion de ese género, con ánimo fuerte y calma y sangre fria, abordar y extirpar el tumor.

Igual conducta debe seguir bis á bis de un epitelioma que lenta y silenciosamente evoluciona en el cuello del útero y es aquí el caso en que toda contemporizacion es inútil, y toda timidez disimulada bajo el nombre de prudencia, es fatal para la enferma. Es aquí donde la audacia salva ó aumenta la vida, á condicion de intervenir á tiempo, no hacer operaciones parciales, y no pretender extirpar, cuando inmovilizado el útero, infiltrados los ligamentos útero-sacros, transportado

el neoplasma por los linfáticos al tejido celular inter-ligamentario y peri-uterino, extendida quizá la neoplasia á las paredes vesicales, vaginales ó del recto, es ley absoluta el *noli me tangere* de los antiguos.

No tengo palabras bastantes con que prescribir la amputacion ya infra ó supra-vaginal del cuello en los epiteliomas, y á pesar de que ginecólogos distinguidos la practican, mi larga enseñanza en los hospitales y la clínica civil me permiten considerar esa operacion como una de tantas que se hacen porque sí, con la circunstancia agravante de que jamás el cirujano queda garantido ni en lo mas mínimo de una reproduccion inmediata, cuya marcha será y es siempre galopante é inútil de reprimir por cuantos medios tenemos á nuestro alcance.

Sin entrar en detalles de la oportunidad en la intervencion, materia que aunque basta he de abordar en artículos sucesivos, creo *que así como en las salpingitis en los entados quísticos del ovario, en las ovaritis crónicas, etc. etc., debe ensayarse primero los medios de dulzura, en el epitelioma como en las tuberculosis de útero y anexos, se debe operar pronto y radicalmente; histerectomía y salpingectomía.* No hacerlo así, importa ó ignorancia crasa, ó refinada mala fé, puesto que estamos desarmados contra esos procesos y lo único racional y beneficioso para el enfermo, es extirpar mientras el proceso está localizado para impedir su generalizacion.

Y bien; si todo esto es clínico y por consiguiente cierto, no lo es menos que el lujo de intervenir, conduce á mutilar sin beneficio real y positivo. Yo he visto cirujanos cuya habilidad en la cirugía abdominal raya en lo inverosímil, y que escudados en esto abren vientres y extirpan anexos, que seguramente no implicaban peligro próximo ni remoto á las enfermas.

Seres histéricos unas, nerviosas muchas, sugestionables todas; pequeñas molestias se les presentan como tremendas dolencias, y basta el ejemplo de dos ó tres que se operaron, para que en manos de cirujanos que fabrican séries, se presten á mutilaciones injustificables bajo el punto de vista de la indicacion, pero provechosas para aumentar el número de laparotomías y armas magníficas para esgrimir los conservadores.

Yo mismo he examinado trompas y ovarios extirpados, sin nada de particular, como no fuera un lijero aumento de vo-

lúmen quizá respondiendo á fenómenos de congestion pelviana, y recuerdo un caso de tal modo curioso y tan pertinente, que no resisto á la tentacion de contarlo.

En un hospital europeo, cuya clínica dirige un tocólogo eminente cuyas intervenciones se hacen por uno de los mas distinguidos cirujanos de aquel pais, ingresó una enferma con un epitelioma del cuello, que se decidió extirpar.

Viene la enferma cloroformizada, practica el cirujano el tacto, y á pesar de no encontrar *gran cosa* (palabras textuales) se practica la histerectomia vaginal, so pretesto de que el profesor habia diagnosticado epitelioma.

Como al exámen del útero resultara simplemente con una metritis, se hizo una pequeña averiguacion de la que pronto resultó que la enferma del epitelioma, habia quedado en su cama y un error de la enfermera, hizo qne trajeran la que ocupaba la cama del lado, afectada simplemente de una endometritis catarral, y que se quedó sin útero... por error... La verdadera enferma se operó al dia siguiente.

He ahí el sumum de fiebre quirúrgica, y uno de los muchos casos que han traido como consecuencia la reaccion conservatriz. No es posible operar mecánicamente sin producir tales hechos, y solo diagnosticando y repitiendo las exploraciones ya en estado de vijilia, ya bajo el sueño anestésico se consigue la seguridad de intervenir oportunamente.

Para terminar. La reaccion conservatriz hoy por hoy no responde sino al abuso de la intervencion quirúrjica, y únicamente á ese título puede admitirse; nunca como escuela á afiliarse. No hay que prescindir por sistema de todo lo que no sea operacion, ni olvidar que estas, son el tratamiento por excelencia y la indicacion obligada en casos perfectamente determinados.

En el momento actual yo creo que el mas sensato es el mas ecléctico, y que es tanto mejor ginecólogo, el que sabe cuando debe emplear la cucharilla, ó el escabillonaje, ó el masaje ó la histerectomia vaginal en el tratamiento de la metritis, por ejemplo. Creo tambien, que el especialista debe mas que nadie á causa del estrecho circulo que recorre, de no olvidar los principios de lógica que en medicina pueden llamarse de alta clínica, y así como el progreso moderno, todo está reasumido en subordinar el tratamiento á la indicacion, nunca olvidar este axioma por mas qne á causa de lo pequeño del

intelecto humano, no sea posible abarcar el estudio de toda la ciencia de curar.

Yo, pues, en la primera página de cada tratado de patología especial escribiría este lema: *Menos delirio numérico y más culto á la lógica*, y creo firmemente que practicándolo, desaparecerían de una vez las reacciones, que al fin y al cabo en medicina como en todo, responden á la necesidad de poner una valla al intelecto humano que con tanta frecuencia desborda los límites de la razon.

DR. PEREZ IGLESIAS.

Buenos Aires, Noviembre 8 de 1893.

Contribucion á la doctrina terapéutica del tétano

CASO DE TÉTANO TRAUMÁTICO CURADO POR LAS INYECCIONES DE SUBLIMADO

Por el **Dr. Domingo Piluscio**

Pedro Lavizzari, italiano, de la ciudad de Como, de 21 años de edad, de profesion mecánico, se presentó á mi consultorio el dia 8 de Agosto ppdo., con una herida contusa lacerada de la última falange del dedo pequeño izquierdo

Preguntado sobre la causa de la herida indicada me contestó que, dos dias antes, al bajar de un carro una bordalesa de vino, se habia tomado el dedo entre la bordalesa y el carro; y que, viendo que la herida no mejoraba con los lavajes de agua de malva, se habia visto en la necesidad de buscar un médico.

Examinada la herida encontré los tejidos completamente deshechos, asi como el hueso, y la falangina luxada. En tal estado, procedí á desarticular la referida falange, haciendo un colgajo suficiente para formar un muñon, indicando el uso del iodoformo para las curaciones sucesivas, y los lavajes de solucion de bicloruro al uno por mil. Esta operacion fué practicada el dia 9 de Agosto.

El dia 18 fuí llamado á la casa del enfermo, que estaba en cama.

Dia 18—*Estado actual.*—Posicion en decúbito dorsal; trismus casi completo; apenas puede articular alguna palabra; dificultad en la deglucion; abolicion plena de los movimientos de la cabeza, ortoptono; los músculos del dorso y del pecho absolutamente rígidos, tanto que, queriendo sentarlo, fué materialmente imposible. El enfermo acusaba dolores en todo el cuerpo, especialmente una fuerte puntada en el pecho con irradiaciones al dorso, dolores que coincidian con los sacudimientos musculares y que se repetian á cada minuto, arrancándole gritos y lamentos.

Todos estos sufrimientos habian comenzado dos dias atrás, segun declaracion del paciente. La inteligencia se conservaba bien, la temperatura era de 38º, el pulso daba 120 latidos, la respiracion 30 veces por minuto.

En presencia de este cuadro sintomático así caracterizado, y teniendo en cuenta el traumatismo sufrido, viviendo además en un cuarto húmedo, no vacilé en diagnosticar un tétano traumático.

Examinado el pequeño muñon, existia una supuracion insignificante. Lavé y desinfecté la herida con bicloruro en solucion al 2 °/oo.

Era, pues, necesario, principiar inmediatamente la curacion del tétano.

No sabia yo mismo cuál método seguir; si adoptaba el método de Baccelli (inyecciones de ácido fénico al 3 %) ó bien usar la inyeccion de sublimado, con la cual el profesor Báculo curó el primer caso de tétano, así como mi distinguido profesor Dr. Tomás Cagnetta, curó el año pasado otros dos casos en el Hospital de Crónicos (incurabile) de Nápoles.

Aceptado el principio de la doctrina patogénica del tétano, la cual coloca á esta afeccion entre las microbianas, era indiferente usar el ácido fénico ó el sublimado; pero quise seguir el método del profesor Báculo, el cual habia dado buenos resultados á mi profesor el Dr. Cagnetto.

Trascribo minuciosamente el procedimiento seguido en tal curacion.

En primer lugar, para sustraer al enfermo á las impresiones externas, segun el precepto del profesor de Renzi, ordené colocarlo en un cuarto oscuro y lejano de todo ruido.

El dia 19 empecé la curacion.

9 a. m.—Inyeccion hipodérmica de 0.01 de sublimado.

Baño general á 27º R. de 1 hora de duracion.

Para combatir el estreñimiento le ordené:

Calomel al vapor.....	1	gramo
Escamonea	0.70	»
Azúcar.....	1	»

En dos papeles.

Régimen alimenticio.—Leche, caldo con yemas de huevo cada cuatro horas.

Temperatura.....	37º 8
Pulso.....	120
Respiracion.....	30

7 p. m:

Temperatura.....	38º
Pulso.....	120
Respiracion.....	36

Inyeccion de 0.01 sublimado.

DIA 20:

9 a. m.—Noche agitada, no ha dormido, los espasmos se repiten á cada minuto; deyeccion albina abundante; el trismus no se ha modificado.

Temperatura.....	37º 8
Pulso.....	120
Respiracion.....	30

Inyeccion de 0.01 de sublimado.

Baño á 27º R. y la siguiente pocion:

Agua.....	200	gramos
Bromuro potasio.....	3	»
Hidrato cloral.....	2	»
Jarabe simple.....	30	»

M. Bebida: cada hora por cucharadas.

7 p. m:

Temperatura.....	38º 2
Pulso.....	120
Respiracion.....	30

Inyeccion de sublimado.

DIA 21 – 9 a. m:

El enfermo ha pasado mejor noche, pero no ha podido conciliar el sueño por causa de los espasmos.

Temperatura	37º 8
Respiracion.....	30
Pulso.....	120

Inyeccion de sublimado y baño á 27º R.

Alimentacion como antes.

7 p. m:

Temperatura	38º 2
Pulso.....	120
Respiracion	30

Inyeccion de sublimado.

Ha tenido una sola deposicion natural.

Continúa con la pocion de bromuro y cloral.

DIA 22 - 9 a. m:

El enfermo ha pasado la noche más calmado; ha dormido un poco porque los espasmos se repiten con intervalos más largos.

Temperatura.....	37º6
Pulso.....	114
Respiracion.....	28

Inyeccion y baño como el dia anterior.

7 p. m:

Temperatura.....	38º
Pulso.....	120
Respiracion.....	30

Inyeccion de sublimado y baño.

Ha tenido varias deposiciones albinas.

Dia 23.—9 a. m:

Ha pasado la noche más inquieta, por causa de un poco de irritacion intestinal que le ha producido deyecciones sanguinolentas. Los espasmos se repiten ahora cada hora.

Temperatura.....	37º7
Pulso.....	114
Respiracion.....	30

Inyeccion y baño. El trismus se mantiene en el mismo estado.

Se prescribe para la diarrea:

Agua.....	200	gramos
Acido tánico.....	4	»
Jarabe goma arábiga...	30	»

M. A. tomar por cucharadas cada hora.

A la pocion de Cloral le agrego 0.05 de clorhidrato de morfina para que tome dos cucharadas cada hora, alternando con la bebida de acido tánico.

7 p. m:

La diarrea se ha modificado mucho. Ha dormido por intervalos.

Temperatura.....	38
Pulso.....	120
Respiracion.....	30

Inyeccion de sublimado.

Dia 24, 9 a. m:

El enfermo ha pasado la noche semi calmado: ha dormido regular; la diarrea ha desaparecido; los espasmos son ya muy raros.

Temperatura.....	37°6
Pulso.....	96
Respiracion.....	26

Inyeccion y baño.—Alimentacion como antes.

7 p. m.

Temperatura.....	37°8
Pulso.....	114
Respiracion.....	28

Inyeccion de sublimado.

Dia 25, 9 a. m:

Ninguna variacion respecto del dia anterior. Principian los síntomas de la estomatitis mercurial. Se prescribe colutorio de clorato potasio al 2 %.—Alimentacion como antes.—Curacion igual.

Dia 26, 9 a. m:

El enfermo ha dormido perfectamente. Los sacudimientos

espasmódicos han desaparecido; se sienta en la cama; el trismus ha disminuido; ha tenido una evacuacion natural.

Temperatura.....	37°4
Pulso.....	90
Respiracion.....	24

Inyecciones, baño y alimento como antes.

7 p. m:

Ha pasado el dia en calma.

Temperatura.....	37°5
Pulso.....	96
Respiracion.....	24

Inyeccion de sublimado, á pesar de la estomatitis.

Dia 27, 9 a. m:

El enfermo se siente muy mejorado. Ha dormido toda la noche. Se queja solamente de la estomatitis. Principia á abrir la boca.

Temperatura	37°
Pulso.....	75
Respiracion.....	24

Repito la inyeccion y suspendo el baño. Hago aumentar la alimentacion.

7 p. m:

El enfermo ha dormido.—Tiene apetito.

Temperatura	37°
Pulso	80
Respiracion.....	22

Suspendo la inyeccion. El trismus continúa disminuyendo. Al mismo tiempo que usa el colutorio, le hago tomar tres gramos de clorato de potasio en una copa de agua por cucharadas durante el dia.

Dia 28, 9 a. m:

El enfermo ha dormido bien. Ha evacuado naturalmente; se sienta bien en la cama, y desea levantarse, no permitiéndole por causa del frio.

Dia 29.—El trismus disminuye; la estomatitis mejora y le permito tomar pollo y sopa. El enfermo entra en convale-

cencia y despues de ocho dias de observacion, sin tratamiento especial alguno, le doy de alta completamente curado.

Creyendo que esta observacion clínica es de un valor práctico positivo, me tomo la libertad de remitírsela al señor Director de los Anales del Círculo Médico Argentino, para que se sirva publicarla si así lo juzga conveniente.

Tucuman, Octubre de 1893.

EL DR. JUAN B. SEÑORANS

DIRECTOR DE LA ASISTENCIA PÚBLICA

Ha sido nombrado Director general de la Administracion Sanitaria y Asistencia Pública, el Dr. Juan B. Señorans, actual Profesor de medicina experimental en la Facultad de Buenos Aires.

En el corto tiempo que lleva de ejercicio en aquellas delicadas funciones ha producido actos y provocado iniciativas que permiten esperar mucho para el porvenir, y se confía que el Dr. Señorans saldrá triunfante de la dura prueba á que está sometido como director de la más difícil y la más complicada reparticion municipal.

Sus antecedentes y su ilustracion así lo indican.

Biblioteca del Círculo Médico Argentino

OBRAS ENTRADAS EN EL MES DE NOVIEMBRE DE 1893

Por compra

Kuhne, La nouvelle science de guérir, edic. de 1893, 1 tomo.

Melville, Guide pratique pour les inyections, méthode Brown-Sequard, edic. de 1893, 1 t.

Audry, Precis des maladies blennorrhagiques, edicion de 1894, 1 t.

Barth, Therapeutique des maladies des organes respiratoires, edic. de 1894, 1 t.

Vigouroux, Neurasthénie et Arthritisme, edic. de 1893, 1 t.

Congrès international d'assistance, edic. de 1889, 2 t.

Por donacion de los autores

Arata, Apuntes de química, edic. de 1893, 1er tomo.

Gonzalez Alvarez, Higiene de la alimentacion en los niños, edic. de 1893, 1 t.

Ayarragaray, Pasiones, estudios médico-sociales, edic. de 1893, 1 t.

Loumeau, Chirurgie des voies urinaires, edic. de 1893, 1 t.

BIBLIOGRAFÍA

LECCIONES DE TERAPÉUTICA.—(Las medicaciones). Cuarta y última parte « medicacion antidispépsica, medicacion antidisneica, medicacion de la tos, medicacion expectorante, medicacion de la albuminuria, medicacion de la uremia, medicacion antisudórica »; por Georges HAYEM, traducida al castellano por D. Enrique Simancas y Larsé. Esta obra que tenemos el gusto de recomendar á nuestros numerosos lectores, tiene un cáracter y excepcional importancia, por la parte consagrada á la medicacion antidispépsica; mejor dicho, al estudio de la *dispepsia*, su diagnóstico y tratamiento. En esta parte del libro se hace un estudio tan profundo y tan cabal del elemento dispepsia, que constituye una verdadera monografía de este padecimiento, sirviendo de base las investigaciones personales del autor sobre este punto.

Si á esto se agrega el haber descubierto un nuevo procedimiento de examen clínico, basado en ciertos perfeccionamientos introducidos en la técnica del exámen de los desórdenes di-

gestivos, se comprenderá toda la importancia y toda la utilidad que para el médico práctico ha de tener una obra que tan extensa y magistralmente estudia las afecciones del estómago, cuya frecuencia é importancia en la patologia humana no necesitamos señalar, y cuyas consecuencias así directas como remotas les presta un interés de primer órden.

Precios: en rústica, 12 pesetas en Madrid y 13 en provincias: en pasta, 13,50 en Madrid y 14,50 en provincias.

Se halla de venta en la Libreria Editorial de Bailly-Bailliere é hijos, plaza de Santa Ana, núm. 10, Madrid, y en todas las librerias de España, Ultramar y América.

ENFERMEDADES DE LOS ÓRGANOS GÉNITO-URINARIOS INCLUSO LA SÍFILIS, por el Dr. E. L. Keyes, 831 páginas; traducida de la 4ª edicion norte-americana por Don Federico Toledo y Cueva. —Madrid, 1893.

Esta obra que forma parte de la Biblioteca Económica de la Revista de Medicina y Cirugía Prácticas, es una revision hecha por Keyes de la obra primitiva de Von Buren y Keyes publicada en 1874.

La sola enunciacion de esta fecha nos autoriza á pensar, en vista de los progresos de la cirugía, sobre todo notables en esta especialidad, que esta revision, como modestamente la llama el autor, es un nuevo libro que solo ha conservado del primero la disposicion del plan general.

No podia ser de otra manera, por cuanto de aquella época á esta, como dice Keyes, han nacido operaciones nuevas (litoloplaxia), ha renacido la talla supra-pubiana, la cirugía del riñon se ha reformado de nuevo, se han introducido alteraciones radicales en la de la túnica vaginal (y en lo referente al tratamiento del varicocele).

Todos estos puntos están desarrollados con los últimos progresos de la ciencia, estando cada capítulo salpicado de verdaderas originalidades.

La obra está dividida en dos partes: la primera concerniente

á las enfermedades de los órganos genito-urinarios, la segunda al chancro simple y á la slfilis.

Como se ve, es una obra muy completa, por cuanto es una de las pocas que se ocupan á la vez de las enfermedades génito-urinarios y de las venéreas.

Todo está tratado con minuciosos detalles y la hallamos útil sobre todo para los estudiantes, pues en ella y sin necesidad de sus libros, hallarán todo lo necesario sobre enfermedades del pene, uretra, próstata, vejiga, uréteres, riñones, escroto, testículo, cordon, canal deferente y vesiculas seminales. Esta parte contiene además un capítulo especial y muy interesante sobre las enfermedades que interesan á la funcion genital.

En la parte correspondiente á las enfermedades venéreas, dedica dos capítulos al chancro simple y sus complicaciones. En lo concerniente á sífilis, además de varios capítulos de generalidades, se hallarán capítulos especiales sobre sífilis de la piel, de las membranas mucosas, del ojo, del oído, de los tejidos y órganos especiales (uñas, dedos, tendones, músculos, huesos, cartílagos, articulaciones, ganglios linfáticos, glándula mamaria), sífilis cerebral, del sistema nervioso y sífilis hereditaria.

El mejor elogio de la obra nos parece que seria la exposicion de las materias que abarca y si á esto agregamos que todo lo que en ella se dice es útil y provechoso y sobre todo muy práctico, no necesitamos recomendarla mas no solo al especialista, sino al médico en general y mas que ninguno, al estudiante.

Buenos Aires, Diciembre de 1893.

EL PROFESOR LEFORT

Ha muerto el eminente clínico L. Lefort, profesor de cirugía de la Facultad de París. Es una gran pérdida para la ciencia, pues el cirujano del Hospital Necker era uno de los más fecundos y laboriosos maestros. La escuela francesa antigua, aquella que se enorgulleció de contar en su seno á Richet, Trélat, Verneuil, se sentirá profundamente herida con la muerte del ilustre Dr. Lefort.

TYNDALL

El 4 de Diciembre ha muerto el profesor Tyndall, cuyo nombre está vinculado á importantísimas adquisiciones científicas. Inglaterra pierde así á uno de sus más distinguidos sabios, y la ciencia un gran maestro.

Las obras principales de Tyndall son «Los hielos de los Alpes», 1860; «Un viaje de vacaciones», 1862; «El calor considerado como origen de movimiento», 1863; «Sobre la radiacion», 1865; un volúmen sobre el «Sonido»; «Faraday como descubridor», «Fragmentos de ciencia». «Notas sobre la electricidad» 1877; «Notas sobre la luz», 1871; «Las formas del agua en nubes, rios y hielos», 1872; y otros escritos de gran importancia.

Direccion General de Estadística Municipal

Defunciones ocurridas en la ciudad de Buenos Aires durante el mes de Octubre de 1893

SEGUN SEXO Y ENFERMEDAD

ENFERMEDADES	SEXOS V.	M.	Total
A Afecciones generales			
1. INFECCIOSAS, CONTAGIOSAS Y MIASMÁTICAS			
Fiebre tifóidea	3	6	9
Viruela confluente	—	1	1
Sarampion	5	2	7
Escarlatina	4	3	7
Coqueluche	3	6	9
Difteria	22	11	33
Crup	9	8	17
Angina diftérica	4	—	4
Fiebre infecciosa	1	—	1
Influenza	1	1	2
	52	38	90
2. ENFERMEDADES GENERALES			
Tuberculosis pulmonar	73	43	116
» laringea	1	—	1
» meningea	6	3	9
» peritoneo	1	—	1
» renal	1	—	1
» intestinal	1	—	1
Infeccion purulenta	1	—	1
Escrofulosis	—	1	1
Sífilis infantil	4	3	7
» en adultos	—	2	2
Cáncer	2	4	6
» del estómago	6	4	10
» del hígado	2	—	2
» del pancreas	1	—	1
» del esófago	2	—	2
» de la lengua	1	—	1
» del útero	—	6	6
» de la boca	1	—	1
» de la médula espinal	—	1	1
» de la laringe	1	—	1
» del cuello	1	—	1
» del recto	1	—	1
» del piloro	—	1	1
» del cardio	1	—	1
Reumatismo	2	1	3
Diabetes sacarina	2	2	4
Raquitismo	1	3	4
Púrpura	1	1	2
Cloro amenia	—	1	1
	113	76	189

ENFERMEDADES	SEXOS V.	M.	Total
B Afecciones locales, agudas ó crónicas			
1. ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO			
Congestion cerebral	4	4	8
Apoplegia	6	3	9
Hemorragia	10	7	17
Meningitis	52	46	98
Meningo-encefalitis	1	—	1
Encefalitis	1	—	1
Compresion cerebral	1	—	1
Derrame cerebral	3	—	3
Hidrocefalia	1	—	1
Mielitis	2	2	4
Reblandecimiento cerebral	1	1	2
Tumor cerebral	1	1	2
Tétano traumático	3	—	3
» infantil	12	6	18
Eclamsia infantil	4	11	15
Parálisis general progresiva	5	4	9
Alcoholismo	2	—	2
Afeccion cerebral	1	—	1
Paqui-meningitis cervical	—	1	1
Ataxia locomotriz	1	—	1
Degeneracion grasosa del sistema nervioso	—	1	1
Hemiplegia	1	—	1
	112	87	199
2. ENFERMEDADES DEL APARATO CIRCULATORIO			
Pericarditis	—	3	3
Endocarditis	5	2	7
Aneurisma	1	—	1
Aneurisma de la aorta	5	3	8
Aortitis	1	—	1
Cianosis	—	1	1
Hemorragia	1	3	4
Angina de pecho	5	2	7
Vicio orgánico al corazón	35	23	58
Ateromasia arterial	3	2	5
Miocarditis	3	3	8
Bocio exoftálmico	1	—	1
	60	42	102

ENFERMEDADES	SEXOS V.	M.	Total
3. ENFERMEDADES DEL APARATO RESPIRATORIO			
Laringitis estridulosa..	2	1	3
Laringitis.....	1	1	2
Bronquitis.....	22	20	44
Bronco-neumonia.....	44	35	79
Neumonia.....	59	56	115
Pleuro-neumonia.....	3	2	5
Pleuresia.....	1	1	2
Congestion pulmonar ..	4	1	5
Edema de la glotis.....	3	—	3
» pulmonar.....	—	1	1
Enfisema pulmonar.....	1	—	1
Apoplegia pulmonar...	2	—	2
Hemorragia pulmonar..	1	—	1
Catarro sofocante.....	2	—	2
Embolia pulmonar.....	—	2	2
Hemoptisis.....	2	—	2
	147	120	267
4. ENFERMEDADES DEL APARATO DIGESTIVO			
Catarro intestinal.....	—	1	1
Gastritis.....	1	1	2
Gastro-enteritis.....	33	18	51
Atrepsia.....	26	10	36
Fiebre gástrica.....	2	1	3
Enteritis.....	12	11	23
Entero-colitis.....	3	1	4
Disenteria.....	3	—	3
Oclusion intestinal.....	2	3	5
Tumor fibroso abdominal.....	1	—	1
Perforacion intestinal..	—	1	1
Peritonitis.....	5	4	9
Colera infantil.....	—	1	1
Bolo fecal.....	1	—	1
Entero-peritonitis.....	1	—	1
Hernia.....	—	1	1
Hepatitis.....	2	2	4
Congestion.....	—	1	1
Hipertrofia.....	1	—	1
Gastrorragia.....	—	1	1
Tabes intestinal.....	1	—	1
Obstrucción del esófago	1	—	1
Estenosis del recto.....	1	—	1
Cirrosis atrófica.....	—	1	1
» del hígado.....	5	2	7
	101	60	161
5. ENFERMEDADES DEL APARATO GÉNITO-URINARIO			
Cistitis cronica.....	1	—	1
Uremia.....	4	5	9
Nefritis.....	14	6	20
Pielitis.....	1	—	1
Hemorragia uterina....	—	1	1
	20	12	32
6. ENFERMEDADES DE LA PIEL Y TEJIDO CELULAR.			
Linfo-adenoma.....	1	—	1
Erisipela.....	1	2	3
Gangrena.....	1	—	1
Eczema difuso.....	—	1	1
	3	3	6
7. AFECCIONES PUERPERALES			
Fiebre.....	—	1	1
Septicemia.....	—	1	1
	—	2	2
C Muertes accidentales ó violentas			
Asfixia por sumersion .	5	1	6
» por sofocacion..	1	—	1
» por estrangulacion.....	—	1	1
Heridas.....	11	3	14
» por arma de fuego.....	5	—	5
Ustion.....	1	—	1
Intoxicacion saturnina.	—	3	3
Contusiones.....	1	—	1
Sincope.....	2	—	2
Traumatismo.....	6	1	7
Shock traumático.....	1	—	1
Fractura.....	2	1	3
	35	10	45
D Nacidos muertos ó muertos poco despues de nacer			
Debilidad congénita....	14	10	24
Nacidos muertos.....	49	30	79
	63	40	103

ENFERMEDADES	SEXOS		
	V.	M.	*Total*
E Sin clasificacion			
Accidentes de la dentición	1	—	1
Anemia	1	2	3
Ascitis	—	1	1
Consuncion	4	5	9

ENFERMEDADES	SEXOS		
	V.	M.	*Total*
Caquexia	—	1	1
Inanicion	1	2	3
Septicemia	3	2	5
Senectud	3	4	7
Demencia senil	—	1	1
Marasmo	2	1	3
Angina	—	1	1
Sin especificacion	5	2	7
	20	22	42

RESÚMEN

VARONES	MUJERES	*Total*
726	512	1238

MARMITA ESTERILIZADORA

Ha sido patentada por el gobierno una marmita esterilizadora, inventada por el ingeniero argentino F. Cuenca. El Dr. Arata informando sobre ella, ha dicho:

«La Marmita esterilizadora para conservar leche y frutas es, sin duda alguna, un perfeccionamiento de los aparatos análogos que se han usado hasta ahora con el mismo objeto.»

Se trata, pues, de un positivo adelanto, por lo que hay que felicitar al autor, Sr. Cuenca

ÍNDICE ALFABÉTICO DEL TOMO XVI

DE LOS

ANALES DEL CIRCULO MÉDICO ARGENTINO

(1893)

A

Página

Años 16..... 3
Afecciones cráneo-encefálicas. Un nuevo signo para el diagnóstico de algunas, por el Dr. Alfonso Masi..... 19
Anestesia clorofórmica, por el Dr. Diógenes Decoud..... 129
Absolucion de una partera..... 147
Asistencia de los tuberculosos, por el Dr. G. Araoz Alfaro 191
Ambulancia: nuevo modelo, por Chodasiewiez..... 463
Arauz (Manuel Dr.)..... 473
Amputación en un anciano de 93 años, por J. Ferrari... 563
Absceso faringeo, por J. Ferrari..... 308
Accion del estómago sobre el cerebro, tesis de Manuel Cavia..... 380
Anemia perniciosa progresiva, por C. Alvarez..... 560
Administracion Sanitaria de 1892, por el Dr. Coni..... 385
Análisis quimico, de Barraza y Nelson (Bibliografía del Dr. S. Gache)..... 388

B

Biblioteca del C. M. Argent. 37, 69, 148, 206, 324, 392, 475, 566, 596
Bibliografía..... 114, 149, 378, 474, 521, 597
Baños termales del Rosario de la Frontera, por el Dr. J. M. Cabezon..... 217
Bronquitis y bronco-pneumonias pneumocóccicas, por el Dr. G. Araoz Alfaro..... 334
Beri-beri. Contribucion al estudio bacteriológico, por los Dres. Morelli y Musso..... 430
Bustamante (Samuel S. de)—Determinaciones de la grippe sobre el aparato respiratorio, (Bibliografía, por el Dr. G. A. A.)..... 381
Barraza (Francisco C.) y Nelson (M. J.) Compendio de análisis químico general y biológico, (Bibliografia, por el Dr. Gache)..... 388

Página

C

Caso de extracción de una barra de vidrio, etc., por el Dr. W. Gill Wylie, de Nueva York..... 35
Cirugía en el Hospital Militar, por el Dr. Diógenes Decoud 41
Colecistectomía parcial, por A. Posadas..... 54
Caso de fosfaturia, por Juan Ferrari..... 96
Caso feliz de operacion cesárea, por el Dr. C. Gaillard Thomas, de Nueva York..... 99
Comision de pedidos..... 120
Coni, Dr. Emilio R..... 146
Concurso Sud-Americano de Medicina. 3, 65, 113, 131, 147, 153, 254
Cirugía abdominal, por el Dr. Luis C. Maglioni..... 157
Congreso Francés de Cirugía..... 197
Cirugía y cirujanos, por el Dr. E. Tornú..... 232
Congreso Pan-Americano..... 66, 112, 200, 277, 400, 571
Contribucion al estudio de las luxaciones del astrágalo, por el Dr. A. Alberti..... 288
Caso curioso de absceso faringeo, por J. Ferrari..... 308
Crespo, Dr. Antonio F., por el Dr. S. Gache..... 322
Coprolitotritor, por el Dr. César Milone..... 329
Cardio-patología infantil, tésis del Dr. A. Lucero, por S. G. 383
Compendio de análisis químico, por Barraza y Nelson (Bibliografía del Dr. Samuel Gache)..... 388
Climatoterapia de la tuberculosis pulmonar, por el Dr. Zento..... 391
Charcot, por el Dr. Samuel Gache..... 402
Contribucion al estudio bacteriológico del beri-beri, por Morelli y Musso.....
Cirugía del raquis, por el Dr. M. A. Zavaleta..... 466
Congreso Médico de Roma..... 476
Contribucion al estudio del varicocele pelviano, por el Dr. Perez Iglesias..... 479
Caso de anemia perniciosa progresiva, por C. Alvarez... 560
Cavia, Manuel S. (hijo)—Accion del estómago sobre el cerebro, (Bibliografía por el Dr. S. Gache)..... 380
Coni, Emilio R.—Memoria de la Administracion Sanitaria y Asistencia Pública de Buenos Aires, año 1892..... 385
Championnière, Lucas Just—Traitement du pied bot varus equin par l'ablation de la plupart des os du tarse, (Bibliografía, por el Dr. Llobet)..... 522
Championnière, Just—De l'emploi des essences et surtout de l'essence de cannelle ou Cinnamol, comme topique en Chirurgie. (Bibliografía por el Dr. S. Gache).... 525
Crónica del Congreso Médico Pan-Americano de Washington, por el Dr. A. M. Fernandez de Ibarra..... 571
Contribucion á la terapéutica del tétano, por el doctor Piluscio..... 590

Página

D

Desprendimiento prematuro de la placenta..... 34
Distribucion de premios del Concurso Sud-Americano de Medicina..... 254
Discurso del Dr. Alejandro Amoretti..... 320
Diuretina..... 517
Determinaciones de la grippe sobre el aparato respiratorio, por el Dr. Samuel S. de Bustamante..... 381
Diagnóstico y correccion óptica de la refraccion estática por el Dr. P. Lagleyze, (Bibliografía)..... 114
Decoud D.—Les sciences medicales dans l'Argentine, 1893. 385
Discurso del Dr. Del Arca..... 255
Discurso del señor Ministro del Perú, Dr. Ulloa..... 268
Discurso del Dr. A. Ramaugé..... 270
Discurso del Dr. J. J. Montes de Oca..... 272
Discurso del Dr. Samuel Gache..... 273
Discurso del Dr. Juan B. Señorans..... 276
Director de la Asistencia Pública, Dr. Juan B. Señorans... 596
De l'emploie des essences et sur tout de l'essence de cannelle comme topique, por Championnière..... 525

E

Estadística municipal Diciembre 1892..... 83
» » Enero 1893..... 72
» » Febrero » 151
» » Marzo » 207
» » Abril » 279
» » Mayo » 326
» » Junio » 398
» » Julio » 477
» » Agosto » 528
» » Setiembre » 568
» » Octubre » 601
Error de diagnóstico, por Nicolás Repetto..... 60
Enteroplexis, por el Dr. Adalberto Ramaugé..... 172
Embalsamamiento moderno, por el Dr. Avelino Gutierrez. 300
Enteroplexis del Dr. Ramaugé, por el Dr. Tornú..... 343
Estómago y cerebro, tesis de Manuel S. Cavia (Bibliografía por S. G.)..... 380
Ergotole..... 471
Embriotomia, por el Dr. Niseggi..... 531
Enfermedades de los òrganos génito-urinarios, incluso la sífilis, por Keyes..... 598
Epilepsia, por Soler Garde (Bibliografía del U. U. Zavaleta). 389

Página

F

Formulario..... 68, 117, 204, 278
Fosfato de cobre en el tumor blanco..... 72
Fibroma uterino. Operacion de Battey, por el Dr. Sebastian Mabit..... 121

G

Grippe de la laringe..... 67
Génito-urinarios, por Keyes..... 598

H

Hemorragias post-parto. Sobre el uso del tapon de gasa iodoformada en las..... 33
Histero-ooforectomia, por Abel R. Noceti..... 57
Heridas penetrantes del abdómen. Dos casos, por Nicolás D. Repetto..... 125
Histeria refleja. Un caso, por C. Sobre Casas..... 142
Histología del esputo, por Silvio Tatti..... 223
Herida penetrante del abdómen, etc., por Pedro Barbieri..... 460
Herida penetrante del abdómen, etc., por C. Sobre Casas. 505
Hemorroides antiguas, por Carmelo Dus Calderon..... 564

I

Inyecciones de extracto testicular, por el Dr. Diógenes Decoud..... 73
Ischio-pubiotomia ú operacion de Farabeuf..... 110
Incontinencia de orina, por A. Gareiso..... 196
Injerto óseo en el cráneo de un niño, por P. Barbieri.... 500
Ictericia por obstruccion..... 511
Investigaciones sobre los uréteres, por el Dr. Dominguez Delaney..... 553
Inercia uterina..... 515

J

Jurado para el concurso sud-americano de medicina.... 131

L

Laringe. La grippe de la..... 67
Lesiones de la placenta, etc., por el doctor A. Masi..... 353

Página

La enseñanza de la clínica médica en nuestra escuela, por G. A. A. 358
Lecciones de patología general, por el doctor Wernicke. 476
Los extractos orgánicos, por el doctor Diógenes Decoud.. 550
Lucero, Amador L.—Algunas consideraciones sobre cardio-patologia infantil (Bibliografia, por el Dr. Gache). 383
Localizaciones y síntomas de la fiebre tifoidea por el Dr. A. Vidal (Bibliografia) 474
Lavalle—Francisco P.—Las aguas corientes de la ciudad de Buenos Aires (Bibliografia por el Dr. Gache)..... 524
Lefort, el profesor 600
Lecciones de terapéutica 597

M

Molas vesiculares 33
Martinez de Hoz—Emilio 201
Myxoedema, por el Dr. D. R. Davison 209
Memoria del presidente del Circulo Médico Argentino, Dr. Gache 310
Método de Brown Séquard, por el Dr. Ch. Eloy 468
Maladies du cœur—Traitement, por el Dr. Mœller (Bibliografia del Dr. G. Araoz Alfaro) 469
Massot—Julian—Consideraciones sobre los trastornos gástricos en la tuberculosis pulmonar (Bibliografia por el Dr. S. Gache) 387
Memoria de la Administracion Sanitaria (año 1892), por el Dr. Coni 385
Marmita esterilizadora, por F. Cuenca 603

N

Necrologia: Lavradio, Hardy, A. Bruno, M. Arauz 113, 146, 473
Nuevo tratamiente del myxoedema, por el Dr. Diego T. R. Dávison 209
Nueva Comision Directiva 324
Nuevo modelo de ambulancia argentina 463

O

Operacion cesárea, por Gaillard Thomas 99
Oftalmoplegia mixta, por Jaime Reynal O'Connor..... 286

P

Pasteur—Su jubileo cientifico 32
Placenta—Desprendimiento prematuro 34

Página

Pedidos de libros etc., á Europa..... 40
Peróxido de hidrógeno en la difteria..... 203
Premio para el próximo concurso..... 323, 392
Preparaciones anatómicas del oido por el Dr. C. Milone.. 362
Profilaxia del paludismo, etc., por el Dr. Eliseo Canton... 365
Profesor Peter, por Samuel Gache..... 376
Patología general, por el Dr. R. Wernicke..... 476
Prostático con distencion, por J. Escutary..... 457
Patogenia y simulación de la epilepsia (Bibliografía del Dr. M. U. Zavaleta)..... 389
Patogenia del tétanos..... 527, 590
Pleuresias pneumocóccicas primitivas, por el Dr. G. Araoz Alfaro..... 541
Parto forzado, por el Dr. Hugo Sinistri (Bibliografía).... 474
Profesor Lefort..... 600
Pie bot, por Championnière..... 522

Q

Quiste hidatídico en la República (del Dr. Masi) por el Dr. S. Gache..... 349
Química del Dr. Arata, por el Dr. Nelson..... 452

R

Revista de autores italianos por el Dr. D. Mantegazza y Tejada..... 103
Rosario de la Frontera (baños termales), por el Dr. Cabezon. 217
Reaccion conservativa en ginecologia, por el Dr. A. Perez Iglesias..... 582

S

Sinfisiotomia por el Dr. Cárlos Niseggi..... 91
Sobre un caso de absceso hepático, por C. Alvarez..... 281
Servicios de las enfermedades de la piel en el Hospital de Niños..... 397
Soler Garde Francisco—Patogenia y simulacion de la epilepsia—(Bibliografia por el Dr. M. A. Zavaleta..... 389
Señorans Juan B., director de la Asistencia Pública.... 596
Sistema piloso y tuberculosis, por el Dr. Tornú..... 6

T

Tuberculosis local—Sobre el valor diagnóstico de la distribucion del sistema piloso en los enfermos atacados de, por el Dr. Enrique Tornú..... 6

Página

Tratamiento quirúrgico de las hernias, por el Dr. Diógenes Decoud 408
Tratamiento del myxoedema, por el Dr. D. Davison.... 209
Tumores de la mama, por el Dr. Decoud..... 488
Trepanacion del raquis, por el Dr. M. A. Zavaleta..... 507
Tratamiento de la pulmonia en los niños..... 513
Tratamiento de la inercia uterina..... 515
Tatti Silvio—Histologia del esputo—Métodos de inclusion Cortes—(Bibliografia por el Dr. Gache)..... 521
Tijeras embriotómicas de Frascani, por el Dr. C. Niseggi.. 531
Tétanos, por el Dr. Piluscio..... 590
Traitement du pied bot varios equinus, por Championnière (Bibliografia del Dr. Llobet)..... 522
Tyndall 600

V

Vacunacion contra la infeccion pneumónica y de su curacion por el suero de los conejos vacunados, por el Dr. G. Araoz Alfaro..... 22
Variedades..... 204
Vértigo auricular en el baño..... 519
Villar Francis—Chirurgie et cancer de l' estomac (Bibliografia por el Dr. Tornú..... 385
Veredicto del Jurado del Concurso Sud-Americano de Medicina 153
Varicocele pelviano, por el Dr. Perez Iglesias..... 479

Z

Zavaleta—Dr. Manuel A.—Cirugía del raquis (Bibliografia por el Dr. Juan B. Justo)..... 466
Zerolo T.—Climatoterapia de la tuberculosis pulmonar en la peninsula española, islas Baleares y Canarias, (Bibliografia por el Dr. Gache)..... 391

FIN DEL TOMO XVI

WELLCOME LIBRARY INSTITUTE